

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Bebida controlada : ¿objetivo de tratamiento en alcohólicos?

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Rosa Calvo Sagardoy

DIRECTOR:

José Luis Pinillos

Madrid, 2015

TP
1983
177

Rosa Calvo Sagardoy



* 5 3 0 9 8 6 1 8 6 4 *
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

x-53-099650-1

BEBIDA CONTROLADA: ¿OBJETIVO DE TRATAMIENTO EN ALCOHOLICOS?

Departamento de Psicología General
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
1983



Colección Tesis Doctorales. Nº

177/83

© Rosa Calvo Sagardoy
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1983
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-23179-1983

B E B I D A C O N T R O L A D A :

¿ OBJETIVO DE TRATAMIENTO EN ALCOHOLICOS ?

Trabajo presentado por:
Rosa M^a Calvo Sagardoy para la
obtención del grado de Doctor
en Psicología en la Universidad
Complutense de Madrid.
Dirigido por el Dr. José Luis
Pinillos Díaz.

MADRID, 1982



DOCUMENTO Nº 2

Autor:

D^a ROSA CALVO SAGARDOY

TITULO DE LA TESIS DOCTORAL. SUBTITULOS.

"BEBIDA CONTROLADA: ¿OBJETIVO DE TRATAMIENTO EN
ALCOHOLICOS?"

Director: Nombre, Apellido, Apellido
Titulación, cargo, etc.

Dr. D. JOSE LUIS PINILLOS DIAZ
Catedrático de la Fac. de Filosofía
Universidad Complutense

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Facultad de PSICOLOGIA
Sección o Departamento.....
AÑO 1982

A mis padres y hermanos

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento al profesor Dr. Pinillos por la dirección de la Tesis. Al Dr. Santo-Domingo, director del Dispensario Antialcohólico que con su amplitud de conocimientos y pensamiento ecléctico permitió la realización de este tratamiento. Gracias también a Carmen Solano (psicólogo) por su participación como terapeuta en el tratamiento y por su amistad. A Emilio Fdez Gilino que fué el médico-psiquiatra que realizó las primeras entrevistas y realizó la clasificación de los pacientes. A Teresa Monedero que realizó la batería de tests neuropsicológicos. A M^a Dolores Avía por sus preciados consejos y su ánimo. A M^a Paz Hualde y M^a Angeles Ruiz que lograron poner en claro mis papeles manuscritos. A todos los amigos que me alentaron, especialmente al grupo del Seminario de Terapia de Conducta. Finalmente gracias a Manuel Merino cuya comprensión me permitió superar escollos que sin su ayuda hubiera sido difícil resolver.

1.- INTRODUCCION

1.1. Importancia de la problemática del consumo excesivo de alcohol.

1.1.1. Trastornos producidos por el consumo excesivo y prolongado de alcohol.

1.1.2. Situación del alcoholismo en España.

2.- ALGUNOS MODELOS Y TEORIAS SOBRE ALCOHOLISMO

2.1. Modelo Moral y Alcohólicos Anónimos.

2.2. Modelo Médico:

2.2.1. La influencia de Jellinek

- Definición
- Clasificación
- Fases de la enfermedad
- El fenómeno de la pérdida de control
- Ventajas y críticas de su trabajo

2.2.2. Definiciones:

- O.M.S.
- A.P.A.
- N.C.A.

2.2.3. La estructuración de Santo Domingo:

- Definición
- Clasificación

2.2.4. Teorías explicativas de la enfermedad alcohólica:

- Genéticas
- Nutricionales
- Alérgicas
- Endocrinológicas
- De afectación cerebral

2.2.5 Síntesis del Modelo Médico

2.2.6. Ventajas e inconvenientes del Modelo Médico.

2.2.7. Propuesta de un modelo alternativo.

2.2.8. Tratamiento Médico

2.3. Modelo Conductual:

2.3.1. El alcohol como reforzador

2.3.2. Modelado Social e influencia del grupo en la conducta de beber.

2.3.3. La pérdida de control y la necesidad - compulsiva:

- Manejo operante del consumo de alcohol
- Datos sobre bebida ad libitum
- Datos sobre bebida subrepticia
- Relación entre creencias y expectativas y la pérdida de control.

3.- DATOS A FAVOR DE LA BEBIDA CONTROLADA

3.1. Estudios de seguimiento.

3.2. El programa de la Rand Corporation (NIAAA)

3.3. Tablas sobre datos de bebida controlada.

4.- TRATAMIENTOS CONDUCTUALES

4.1. Tratamientos enfocados a la abstinencia.

4.1.1. Técnicas aversivas:

- Aversión eléctrica
- Aversión química
- Aversión simbólica

4.1.2. Técnicas de manejo de la ansiedad

4.1.3. Técnicas operantes.

4.2. Tratamientos enfocados a la bebida controlada

4.2.1. Entrenamiento en discriminación de alcoholemia mediante terapia aversiva.

4.2.2. Tratamiento aversivo a pautas alcohólicas de bebida.

4.2.3. Instrucciones y Feedback

4.2.4. Tratamientos operantes y contratos de contingencias.

4.2.5. Programas multimodales de amplio espectro.

4.3. Ventajas de los programas de bebida controlada

4.4. Limitaciones de los datos sobre los tratamientos de bebida controlada.

4.5. Características que facilitan el conseguir y mantener una bebida controlada.

4.6. Estrategias de tratamiento para facilitar el objetivo de la bebida controlada.

4.7. Planteamiento del trabajo

5.- METODO

5.1. Sujetos

5.2. Material utilizado

5.3. Diseño

5.4. Procedimiento

6.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis principales

7.- CONCLUSIONES

8.- ANEXOS

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- INTRODUCCION

1.1. Importancia de la problemática del consumo de alcohol.

1.1.1. Trastornos producidos por el consumo excesivo y prolongado de alcohol.

1.1.2. Situación del alcoholismo en España.

1.- INTRODUCCION

La interacción de dos situaciones vitales hicieron surgir en mí el deseo de estudiar el tema presente: mi trabajo como psicólogo en el Dispensario Antialcohólico durante más de 10 años me permitió conocer la problemática y el coste humano que supone consumir alcohol de forma excesiva; mi especialización en la clínica como terapeuta de conducta me llevó a concebir la esperanza de una mayor recuperación de estos pacientes, si el alcoholismo se enfocaba desde esta perspectiva.

Hace ya 20 años que un investigador inglés (Davies 1962) fué capaz de plantearse de forma diferente la interpretación de unos datos que hasta entonces se habían atribuido a errores de diagnóstico. El estudio del seguimiento de alcohólicos tratados, indicaba la existencia repetida de un número reducido de pacientes que al cabo de los años bebía de forma moderada; este autor planteó la posibilidad de que no se tratara de un error en el diagnóstico inicial de los sujetos, sino de que algunos alcohólicos pudieran beber otra vez de forma normal. Tienen que pasar unos años (1970) para que se publique el primer programa de tratamiento en alcohólicos cuyo objetivo fuera conseguir la bebida controlada. Sin embargo, no son muchos los investigadores que han realizado un trabajo semejante con suficientes sujetos y con seguimientos prolongados. Este trabajo pretende añadir un poco más de información sobre el tema.

En el capítulo 1 se recogen datos sobre la grave

dad de la situación del alcoholismo en nuestro país y la gran cantidad de trastornos que el consumo excesivo de alcohol conlleva. En el capítulo 2 se hace un análisis detallado de los modelos explicativos - fundamentales del alcoholismo. Se hace una breve referencia al modelo moral y sus conexiones con las - máximas defendidas por Alcohólicos Anónimos. Dentro del modelo médico se hace una referencia especial a Jellinek y su valioso trabajo. Se analizan también las ventajas de este modelo de enfermedad que facilita la eliminación del estigma social que supone - considerar el consumo excesivo de alcohol como un - vicio; y los inconvenientes del modelo, principalmente la simplificación y reificación del concepto de alcoholismo como enfermedad. En el modelo conductual se analizan las investigaciones realizadas con sujetos humanos, con especial hincapié en el tema de la pérdida de control. El capítulo 3 recoge la información aparecida en la literatura que sugiere la posibilidad de una bebida controlada en sujetos alcohólicos.

El capítulo 4 estudia los tratamientos realizados con un enfoque conductual, tanto los orientados a la abstinencia como los orientados a la bebida controlada, aunque éstos se han estudiado con mayor detenimiento. Se analizan las ventajas e inconvenientes de esta orientación; las limitaciones de los datos, pero también se sugieren las estrategias más fundamentales de tratamiento.

Finalmente se realiza un tratamiento de suje
tos diagnosticados como alcohólicos, a los que se -
ha aplicado un programa terapéutico individualizado
y habiéndose dado la posibilidad de una orientación
a la abstinencia o de una orientación a la bebida -
controlada.

1.1.- IMPORTANCIA DE LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO EXCESIVO
DE ALCOHOL.

1.1.1.- TRASTORNOS PRODUCIDOS POR EL CONSUMO EXCESIVO
Y PROLONGADO DE ALCOHOL.

La ingestión de bebidas alcohólicas en grandes cantidades durante períodos prolongados de tiempo, produce una serie de alteraciones en la salud física y mental del sujeto con repercusiones graves en el medio familiar y social donde vive.

El carácter se altera, el sujeto se comporta de una forma irritable, a veces depresiva. Las relaciones familiares se perturban, el trabajo se resiente, - hay absentismo laboral y más riesgo de accidentes. El deterioro de la vida del sujeto puede llevarle progresivamente a la demencia y/o a la muerte.

Uno de los trastornos más importantes es el que se produce cuando se deja de beber después de haber consumido cantidades importantes de alcohol; es el llamado síndrome de abstinencia. Desde un punto de vista etiológico este síndrome se considera como resultado - de la excitación del sistema nervioso central ocurrida como rebote del efecto depresor del alcohol. Desde el punto de vista diagnóstico se considera como expresión de la existencia de una "dependencia física".

El síndrome de abstinencia se caracteriza fundamentalmente por la aparición de temblor, sudoración -

intensa, náuseas, vómitos, trastornos del sueño, etc. Habitualmente ocurre entre las 12 y 72 horas de cesar la ingesta de alcohol, aunque existe una cierta varia bilidad individual.

Si el sujeto es más vulnerable biológicamente (Santo-Domingo, 1981) puede aparecer el llamado - "Delirium Tremens".

El "Delirium Tremens" cursa con alteración - de conciencia; el sujeto está confuso, agitado, irrita ble y a veces realiza actividades automáticas del trabajo habitual que realiza. Tiene alucinaciones preferen temente vestibulo-táctiles y visuales (micropsias y - zoopsias). También surgen trastornos corporales con alteraciones vegetativas: taquicardia, hipertensión, hipertermia, sudoración y alteraciones del sueño; y alteraciones hidroelectrolíticas.

Este trastorno suele aparecer precedido durante unos días de insomnio, onirismo nocturno, convul siones generalizadas, confusión, anorexia, inapetencia de alcohol, temblor generalizado, disartria, ataxia, - incoordinación de movimientos y en muchas ocasiones - trastornos reflejos, hipertonia y reacciones frontales del tipo "grasping".

Una forma más mitigada de trastorno es la - llamada psicosis alcohólica subaguda. El elemento dife rencial con el delirium tremens es la falta de fiebre y de graves alteraciones hidroelectrolíticas. El temblor es más moderado e incluso inexistente. Los trastornos aparecen preferentemente durante la noche.

Otras alteraciones producidas por el alcohol y de expresión fundamentalmente psíquica son:

- Las alucinaciones alcohólicas: alteraciones perceptivas y auditivas; suelen caracterizarse por el contenido insultante y amenazante que provocan en el sujeto actitudes paranoides, generalmente persecutorias.
- Los delirios de celos: una actitud celosa y desconfiada que pueden llevar incluso al homicidio o a elaboraciones delirantes de contenido celoso, generalmente absurdo a partir de fenómenos alucinatorios o delirantes.
- Encefalopatías alcohólicas: existen diferentes formas de encefalopatías producidas por el abuso continuado de alcohol:
 - a) encefalopatía de Gayet-Wernicke: secundaria a lesiones vasculares y hemorragias preferentemente alrededor de ventrículos y acueducto. Se caracteriza por un descenso del nivel de conciencia, dificultades en la motilidad ocular, fiebre; a veces cursa con agitación y onirismo y frecuentemente aparecen crisis convulsivas generalizadas que producen déficits intelectuales y de memoria e incluso la muerte.
 - b) encefalopatía de Korsakow: se caracteriza por la existencia de lesiones atróficas de los túberculos mamilares y periventriculares diencefálicos. El sujeto sufre la pérdida de la me-

moria reciente, una tendencia a la confabulación y en muchas ocasiones alteraciones de memoria y déficits intelectuales importantes además de una polineuropatía acusada.

- c) Enfermedad de Marchiafava-Bignani: encefalopatía relativamente rara, en la que se produce una degeneración del cuerpo calloso y las comisuras blancas. Puede llevar a la muerte. El sujeto presenta alteraciones psíquicas, afectivas o paranoides y un cuadro demencial con crisis convulsivas generalizadas, parálisis motoras y alteraciones de las funciones corticales (afasias, aprasias, agnosias).
- d) "Pseudo-parálisis alcohólica" con degeneración de las regiones centrales de la protuberancia y tronco con cuadros neurológicos muy graves: parálisis, cuadraplejía, alteraciones de la motilidad ocular y alteraciones de las funciones básicas tales como la deglución, la respiración o la circulación.

La ingestión continuada del tóxico también puede producir importantes déficits intelectuales y demenciales además de una larga serie de trastornos corporales entre los que se destacan las gastritis, las polineuritis, pancreatitis, cirrosis, trastornos circulatorios, y un largo etc que en ocasiones producirá en el sujeto la muerte.

1.1.2.- SITUACION DEL ALCOHOLISMO EN ESPAÑA

Vistos ya algunos de los trastornos y alteraciones que llegan a tener los individuos que consumen de forma abusiva y continuada bebidas alcohólicas, la magnitud del problema se refleja de forma dramática en los estudios epidemiológicos sobre el porcentaje de sujetos que en nuestra población beben de forma excesiva y las consecuencias tanto físicas, psíquicas y sociales que padecen.

Los parámetros utilizados en los estudios epidemiológicos son fundamentales:

- a) La cantidad de alcohol consumido, a través de los índices de cantidad, frecuencia y buscando la delimitación del beber "excesivo".
- b) Las consecuencias de la intoxicación alcohólica (embriaguez) y de la impregnación crónica de alcohol.

En nuestro país se encuentran relativamente pocos estudios epidemiológicos, con grandes diferencias en los porcentajes estimados.

Un estudio pionero fué el realizado por Santo Domingo, Alonso Fernández y Valenciano Gaya (1966) en tres poblaciones diferentes y con la misma metodología.

Tabla (1).

	Bebedores máximos %	B.Habitual Embriaguez % grave	B.Espor. Embriaguez % grave	Problemas Alcoholicos %
Coruña	10,7	2,2	0,5	13,4
Madrid	5,3	2,5	-	7,9
Murcia	1,1	2,1	1,2	4,4

Tabla (1)

Los estudios realizados en las provincias de Coruña y Madrid se realizaron en hospitales y clínicas - privadas, es decir en poblaciones de sujetos enfermos, mientras que el estudio de la provincia de Murcia se - realizó en una muestra de población general. Posterior^omente Polaino Lorente (1972), Marquinez (1978), Edis - (1978) y Argibide (1979) publicaron datos sobre la proporción de alcohólicos encontrados en sus respectivas muestras y correspondientes a diferentes grupos de población en España que nos puedan dar idea de la magnitud de los problemas de alcohol en nuestro país. (Tabla 2).

(TABLA 2)

Población	Autor	Año	Criterio Predominante	% de alcohólicos
Sevilla	Polaino	1972	Cantidad mayor 100 cc. Embriaguez.	10,3
Vizcaya	Marquinez	1978	Cantidad mayor 150 cc. Preguntas claras.	5,13
Vitoria	Edis	1978	Cantidad mayor 100 cc. Incapacidad de abstenerse (subjetiva).	10
Navarra	Argibide	1979	O.M.S.	3,5 Ribera 1.5 Pamplona

Freixa (1978) evalúa la morbilidad alcohólica española en un 7,3% y la población adulta en un 8,4%. Freixa y Larios (1972) investigando 40.000 cartillas de la Seguridad Social encontraron 7.000 alcohólicos clínicos evidentes.

Estevez (1973) al realizar un estudio en una empresa siderúrgica sobre problemas de alcohol, encontró un 2,7% de los trabajadores con necesidad de tratamiento clínico, y el análisis del consumo de la muestra indicó que el 8% estaba en riesgo de tener problemas con el alcohol.

En estudios realizados en sujetos ingresados en Centros Hospitalarios psiquiátricos se encontró un 22% de varones y un 1,3% de mujeres con problemas de alcohol, aumentando el número a 33% en el servicio de Medicina Interna. Santo Domingo y cols.(1966a, 1966b).

En general se suele considerar que el número de sujetos con problemas graves de alcohol, oscila en nuestro país entre 1-2 millones, lo que nos sitúa en uno de los países europeos con mayor problemática por consumo de alcohol.

Además de la estimación de porcentajes de sujetos que necesitan una asistencia por sus problemas con la bebida, se han utilizado una serie de indicadores que reflejan los trastornos que los sujetos con su consumo del tóxico, padecen.

Datos sobre las consecuencias de la impregnación crónica de alcohol (Freixa, Bach y Gasull, 1978):

- a) Cirrosis hepáticas: se estima que al menos la mitad de las cirrosis tienen un origen en el consumo continuado de bebidas alcohólicas y que esta cantidad ha ido aumentando a lo largo de los últimos años. De las 7.500 muertes anuales por cirrosis, se pueden imputar al alcohol al menos 3.500.
- b) Accidentes de tráfico: se admite que el 35% de los accidentes de tráfico son consecuencia del alcohol; es decir, una cifra alrededor de los 1.600 muertos.
- c) Suicidios: también los suicidios parecen ser más frecuentes en los individuos que realizan un consumo abusivo de alcohol.
- d) Accidentes de trabajo: se estima que en el 15% de los accidentes de trabajo el alcohol juega un papel fundamental.
- e) Homicidios: los homicidios ocasionados por sujetos alcohólicos, unidos a otros accidentes y muertes por delirium tremens, se estiman en un mínimo de 2.200 muertes por año.

Tabla:

1. Fallecidos por cirrosis hepatico-alcohólica:	3.600
2. Fallecidos por accidente de tráfico imputable al alcoholismo:	1.500
3. Fallecidos por suicidios debido al alcohol:	360
4. Fallecidos por accidente de trabajo imputable al alcohol:	300
5. Fallecidos por otras causas ligadas al alcohol:	2.200
TOTAL	7.960

f) Complicaciones sociales y laborales: teniendo en cuenta que el abuso de alcohol tiene una gran repercusión en el medio familiar, se ha estimado - en 4-5 millones las personas afectadas por tener algún familiar o allegado con problemas de alcohol. Estevez (1973) estimó en 15.953 días de absentismo al año por alcohol, con una media de 45 días de - absentismos por sujeto alcohólico y el triple de - días de enfermedad que el sujeto sin problemas alcohólicos.

En conclusión, todas estas estimaciones nos dan una idea de la magnitud del problema que surge del consumo excesivo de alcohol y la enorme importancia de - encontrar formas de tratamiento eficaces, operativas, basadas en el análisis individual de la conducta de bebida de cada sujeto y en relación a su medio de forma que se incrementen las posibilidades de generalización de la mejoría a lo largo del tiempo.

2.- ALGUNOS MODELOS Y TEORIAS SOBRE ALCOHOLISMO

2.1. Modelo Moral y Alcohólicos Anónimos.

2.2. Modelo Médico:

2.2.1. La influencia de Jellinek

- Definición
- Clasificación
- Fases de la enfermedad
- El fenómeno de la pérdida de control
- Ventajas y críticas de su trabajo.

2.2.2. Definiciones:

- O.M.S.
- A.P.A.
- N.C.A.

2.2.3. La estructuración de Santo Domingo

- Definición
- Clasificación

2.2.4. Teorías explicativas de la enfermedad alcohólica.

- Genéticas
- Nutricionales
- Alérgicas
- Endocrinológicas
- De afectación cerebral

2.2.5. Síntesis del Modelo Médico

2.2.6. Ventajas e inconvenientes del Modelo Médico

2.2.7. Propuestas de un Modelo alternativo

2.2.8. Tratamiento

2.3. Modelo Conductual:

2.3.1. El alcohol como reforzador

2.3.2. Modelado Social e influencia del grupo en la conducta de beber.

2.3.3. La pérdida de control y la necesidad - compulsiva:

- Manejo operante del consumo de alcohol
- Datos sobre bebida ad libitum
- Datos sobre bebida subrepticia
- Relación entre creencias y expectativas y la pérdida de control.

2.- ALGUNOS MODELOS Y TEORIAS SOBRE ALCOHOLISMO

Aunque los problemas relacionados con abuso de beber alcohol han sido interpretados desde muchas y varias perspectivas, aquí solo vamos a ocuparnos del modelo médico y del modelo de aprendizaje, haciendo antes un breve resumen del modelo moral y del enfoque dado por Alcohólicos Anónimos dada su situación de puente entre lo moral-religioso y lo médico.

2.1.- Modelo Moral y Alcohólicos Anónimos.

Este modelo considera que el individuo que consume grandes cantidades de alcohol y/o su conducta no se adecúa a las normas sociales cuando consume alcohol, es un inmoral y por tanto debe ser castigado de acuerdo con la normativa legal de la sociedad. Este individuo es un vicioso, responsable de su vicio y la bebida es una manifestación de su debilidad moral.

El consumo de bebida depende de la "voluntad" - del sujeto, de forma que si bebe es porque quiere.

La conceptualización moral del término "alcoholismo" es confusa, sin que se defina de una forma objetiva, ni se encuentren indicadores de cuales sean sus características más importantes. Esta teoría se admitía anteriormente al modelo médico de forma universal en las distintas instituciones y normativas legales y actualmente se encuentra todavía en el hombre de la calle con bastante frecuencia y en algunas orga

nizaciones religiosas. La identificación borracho = alcohólico persiste en nuestra cultura y el padecimiento de problemas con la bebida, suele ser algo - que tanto el individuo como familiares, tienden a ocultar como algo vergonzoso y con muy poca solución.

Aunque Alcohólicos Anónimos ha incorporado el término enfermedad en su definición y defensa de los problemas por el consumo de alcohol, muchos principios y su enfrentamiento terapéutico parecen ser todavía más morales que médicos.

Alcohólicos Anónimos es una organización fundada en 1938 en Nueva York por el Dr. B.J. y Bill W., - que actualmente se ha extendido por todo el mundo y cuya finalidad es ayudar a "aquellos sujetos que quieren parar de beber".

Es a partir de sus propias publicaciones (poseen una editorial: A.A. World Services Inc. y una revista: A.A. Grapevine) de donde se ha entresacado tanto su - conceptualización como su guía de tratamiento.

Alcohólicos Anónimos definen el alcoholismo como una "enfermedad, una enfermedad progresiva que nunca puede curarse, pero que como otras puede ser "detenida". El alcoholismo es una compulsión física aparejada a una obsesión mental. Esta afirmación de "enfermedad" contrasta con sus doce puntos fundamentales que son los pasos sugeridos para librarse del alcohol:

- 1.- Admitimos que éramos impotentes contra el alcohol y que nuestras vidas se habían tornado ingobernables.
- 2.- Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros podía devolvernos la razón.
- 3.- Tomamos la decisión de poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, según nuestra interpretación de El.
- 4.- Hicimos un sincero y honesto inventario moral de nosotros mismos.
- 5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la exacta naturaleza de nuestras faltas.
- 6.- Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios nos quitase todos estos defectos de carácter.
- 7.- Humildemente pedimos a Dios que nos librara de nuestros defectos.
- 8.- Hicimos una lista de las personas a las cuales habíamos perjudicado y estuvimos dispuestos a reparar el daño que pudimos haberles ocasionado.
- 9.- Reparamos directamente nuestros errores ante las personas a las que habíamos perjudicado, excepto en los casos en que al hacerlo, pudiera perjudicar a esas personas o a otras.
- 10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos prontamente.

- 11.- Buscamos a través de la oración y la meditación el mejorar nuestro "contacto consciente" con - Dios, según nuestra interpretación de El, pidiendo solamente que nos haga conocer Su voluntad y nos dé las fuerzas necesarias para cumplirla.
- 12.- Habiendo tenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Para poner aunar sus conceptos con el modelo - médico intentaron encontrar las similitudes entre ambos enfoques realizando una lista paralela de tales - conceptos:

Similitudes entre el enfoque médico y el religioso según Alcohólicos Anónimos:

La Medicina dice:

La Religión dice:

- | | |
|---|--|
| 1.- El alcohólico necesita un cambio de <u>personalidad</u> . | El alcohólico necesita un cambio de corazón, un despertar espiritual. |
| 2.- El alcohólico necesita ser analizado; debe <u>ex</u> perimentar una catarsis mental completa y <u>sincer</u> a. | El alcohólico debe examinar su conciencia, <u>de</u> be tomar un "inventario moral", puede ser <u>ayuda</u> do por medio de una <u>con</u> fesión o de discusiones sinceras. |

3.- Los defectos graves de personalidad deben ser eliminados por medio - de un exacto conocimiento propio y de un ajuste realista a la vida.

Los defectos de caracter (pecado) pueden eliminarse mediante la adquisición de más honradez, humildad, abnegación, tolerancia, generosidad y amor, etc.

4.- El alcohólico neurótico se ahuyenta de la vida, es un cuadro de preocupación y ansiedad anormal; se retrae de su prójimo.

La dificultad básica del alcohólico es su concentración en sí mismo. Temeroso, egoísta ha olvidado la "Hermandad del Hombre".

5.- El alcohólico tiene que encontrar un "nuevo" y dominante interés en la vida", tiene que "volver al rebaño". Tiene - que encontrar intereses, actividades y distracciones que ocupen el lugar del alcohol.

El alcohólico tiene que aprender el "poder expulsivo de un "nuevo afecto" amor en servir al hombre, en servir a Dios. Tiene - que "perder su vida para encontrarla" y debe volver a la iglesia para allí olvidarse de sí mismo, - consagrándose al servicio. Pues "la fe sin obras no es fé".

Igual que el modelo médico, Alcohólicos Anónimos considera el alcoholismo en un esquema discontinuo:

"comprendemos que una vez que una persona ha cruzado la línea invisible que separa al bebedor excesivo - del bebedor alcohólico compulsivo, siempre seguirá - siendo un alcohólico. Por lo que sabemos nunca habrá una vuelta al beber normal o social". (pag. 7). También Alcohólicos Anónimos explica la pérdida de - control por la ingesta de una pequeña cantidad de al cohool: "es la primera copa la que desata en nosotros la primera reacción en cadena de pensamientos alcohó licos que culminan en nuestro descontrolado beber has ta llegar a la embriaguez (pag. 8).tratamos de aceptar el hecho de que no importa cuanto tiempo nos hayamos mantenido sobrios, siempre seremos alco- hólicos".

Las contradicciones surgen, sin embargo, cuando analizan los comienzos de su historia de bebida deta- llando cómo en la mayoría de ellos se obtuvo un refuer zo de la ingesta de alcohol desde el comienzo (datos a favor de una explicación teórica de aprendizaje y no médica, y en conformidad con la idea de uno de los - más relevantes teóricos conductuales que afirma que - el alcohólico lo ha sido desde su inicio y no cuando comenzó a perder el control (Pattison, 1978)). Alcohó licos Anónimos afirma la existencia de una "señal" - muy frecuente en las afirmaciones de los alcohólicos poniendo algunos ejemplos que se asemejan a los ejem- plos que casi todos encuentran "yo bebí por pri mera vez a los 18 años y encontré lo que hacía falta para sentirse normal yo me sentía anormal toda mi vida hasta que bebí por primera vez y a partir de

ahí me sentí como cualquier otro"etc.

Incluso la repetición de la conducta la explican en términos de refuerzo: ".....Si este nivel de ansiedad inicial fué en otra ocasión demasiado desagradable ¿cómo puede tolerar un incremento en ansiedad al eliminarse el efecto sedativo?, el único camino que conoce para aliviarlo es tomar otro trago y al hacerlo sigue adelante". Una afirmación semejante es claramente una explicación de cómo se adquiere y mantiene una conducta mediante refuerzo negativo y la falta de conductas alternativas que se encuentra en estos sujetos para poderse manejar con el estrés, principalmente de tipo social y no una explicación de enfermedad aunque empleen el término e incluso socialmente sea beneficioso mantenerlo, como más adelante veremos.

Respecto al tratamiento, canalizan hacia la medicina todas aquellas complicaciones físicas producidas por la ingestión continuada del tóxico (problemas de hígado, etc.) y en el tratamiento de la "dependencia" lo fundamental es asistir a las sesiones de grupo de forma muy frecuente e ir poco a poco realizando sus puntos básicos, rechazando la utilización de tranquilizantes y utilizando el Antabús (Disulfiram) para - "parar la bebida compulsiva completamente porque si - la persona bebe con él, se pondrá muy enfermo, eliminando también la preocupación de beber o no beber". Nos parece difícil poder sustentar la utilización de Antabús apoyándose en supuestos derivados del modelo médico, pero su crítica la haremos más detenidamente

al hacer referencia a la disonancia de los médicos al "explicar" el alcoholismo como enfermedad y basar su tratamiento en un modelo de aprendizaje de evitación.

El modelo moral tiene, pues, el problema de estigmatizar al individuo y condenarlo basándose en el castigo como único medio de modificar su conducta; - Alcohólicos Anónimos se basa en unos conceptos morales, aunque enfoca el problema como enfermedad para salvar el estigma social, pero su forma de tratamiento se asemeja a las técnicas de facilitación de autocontrol progresivo del sujeto aunque solo se apoya en la abstinencia como única posibilidad de tratamiento. Uno de los problemas que tienen al no hacer un análisis en términos más operativos y científicos, es que el enfoque de sus sesiones en muchas ocasiones dirige demasiada atención al alcohol y se corre el riesgo de que ésta sea un refuerzo social importante que mantenga la conducta en vez de extinguirla.

Por otro lado, al no saber cómo sucede la extinción de una conducta, la bebida, aunque no sea cuantiosa, se categoriza como fracaso, facilitando la mentira o el abandono de las sesiones para evitar el castigo social del grupo.

En cuanto a la eficacia de sus métodos sólo se han hecho tres intentos de evaluación en 1968, 1971, y 1974 en los grupos de los Estados Unidos y Canadá, (Norris, 1976). Los datos se obtuvieron a través de cuestionarios suministrados a aquellos miembros que

acudían regularmente a las sesiones, por tanto son muestras sesgadas y no representativas de sus poblaciones, aunque sean numerosas. No obstante, dadas las dificultades de que Alcohólicos Anónimos suministre este tipo de datos, reflejaremos los resultados publicados. En general encontraron que un 40% llevaba sin beber menos de 1 año, un 35% de 1 a 5 años y un 25% llevaba sin beber períodos de 5 a 25 años. - Estos sujetos acudían a los encuentros de Alcohólicos Anónimos muy frecuentemente: un 25% iba a sesiones 2-3 veces por semana, un 64% iba a 1 o 2 sesiones semanales y un 11% iba menos de 1 sesión por semana. - Sin embargo, los sujetos que iban a menos sesiones eran aquellos que llevaban ya sin beber muchos años y que anteriormente habían ido a las sesiones con más frecuencia.

Los datos corresponden a muestras que suponen un 5%, 1% y 3% de la población respectiva en los tres momentos de la evaluación. No se sabe nada de los que no asistían, de los que se han perdido, de los que han fracasado ni siquiera de las características de los que han mejorado, excepto que acudían con regularidad a los encuentros de Alcohólicos Anónimos.

2.2.- Modelo Médico

2.2.1.- Las influencias de Jellinek

Nadie que se dedique al campo del alcoholismo desconoce a Jellinek y su referencia es obligada por la enorme influencia de sus escritos en conceptualizar el alcoholismo como enfermedad. Sin embargo, como ocurre tantas veces, sus trabajos, que él presenta como meras hipótesis necesarias de poner a prueba, fueron tomados por sus discípulos como dogmas inmodificables. El definió varias formas de consumo de alcohol a las que no atribuyó categoría de enfermedad, y luego todo (o casi) se interpretó como tal. Su libro - acertó a aparecer en el momento que hacía falta, se quería conseguir despenalizar, liberar al alcohólico del estigma moral y la aceptación fué total. Muchos han dicho cosas que dicen que Jellinek escribió, pero esas no están escritas, al menos no tan claramente como sus defensores quieren. Por ello y por haber sistematizado un cuerpo de doctrina de forma más coherente, nos detendremos despacio en sus teorías.

Jenillek definió el alcoholismo como "cualquier uso de bebidas alcohólicas que causa daño al individuo, a la sociedad o a ambos". Criticó su propia definición de vaga y de tener poco valor operativo y que incluso - de ella no puede colegirse que sea una enfermedad. Pero es que "no todas las formas de alcoholismo pueden considerarse como enfermedad" (1960 pag. 35). Describió cinco formas de alcoholismo:

Alcohólico alfa: Se caracteriza por su dependencia continuada y puramente psicológica del alcohol en el comienzo de cualquier malestar corporal o emocional. Va contra las normas y leyes establecidas pero no pierde jamás el control ni la capacidad de abstenerse. Trastorna las relaciones interpersonales y familiares y de trabajo pero no tiene síndrome de abstinencia y no puede considerarse como una enfermedad en sí misma.

No existen signos de un proceso progresivo aunque es posible que estos individuos en cualquier momento, evolucionen a un alcoholismo de tipo gamma.

Alcohólico beta: Bebe por hábito social sin que exista una dependencia física del alcohol: no hay síndrome de abstinencia pero se caracteriza por la presencia de polineuritis, gastritis, cirrosis, es decir, por trastornos somáticos debidos a la ingestión de alcohol.

Alcohólico gamma: Se caracteriza por: 1) un aumento de la tolerancia al alcohol, 2) metabolismo adaptado al alcohol, 3) síndrome de abstinencia y dependencia física del alcohol, 4) pérdida de control.

Alcohólico delta: Además de las tres características primeras del gamma, se da una incapacidad de abstinencia sin pérdida de control. Se caracteriza por la existencia de una gran dependencia física y por tanto un fuerte síndrome de abstinencia. Lo considera menos destructivo que los gamma por alterar menos el entorno social del sujeto.

Alcoholismo épsilon: Caracterizado por una conducta intermitente de beber que puede producir grandes daños.

Jellinek consideró como enfermos a aquellos sujetos clasificados como alcohólicos gamma y delta, por la adaptación del metabolismo celular y la adquisición de un incremento en la tolerancia y los síntomas de abstinencia que llevan a la "necesidad compulsiva" y la pérdida de control o incapacidad de abstinencia - - (Jellinek, 1960).

Tanto la pérdida de control como la dependencia física las consideró causadas por un proceso fisiopatológico que constituyan la enfermedad y, por tanto, debían tratarse con medios médico-psiquiátricos, mientras que otras formas de bebida excesiva podían manejarse mediante control social.

El desarrollo de la enfermedad tiende a declararse entre los 30-40 años y Jellinek señaló una serie de fases de desarrollo:

- 1.- Fase prealcohólica: caracterizada por la situación de juventud irreflexiva con "borracheras".
- 2.- Fase prodrómica: caracterizada por ciertas anomalías que preceden al comportamiento francamente alcohólico: beber a escondidas, beber con excesiva avidez, beber hasta la embriaguez, ideas de culpa con la bebida.
- 3.- Fase crucial del alcohólico: se caracteriza por la pérdida del control después de haber ingerido una mínima cantidad de alcohol de forma per-

fectamente voluntaria, el sujeto alcohólico es totalmente incapaz de dejar de beber. Uno o dos vasos de vino o copas bastan para que los mejores propósitos desaparezcan.

- 4.- Fase crónica: en la que el individuo ya no puede abstenerse de beber alcohol y presenta graves trastornos siendo sus características principales la ingesta de alcohol en ayunas (bebida matinal regular) y las intoxicaciones prolongadas.

Considera que la enfermedad sigue un desarrollo gradual, pero no en todos los individuos, sin especificar en cuales sí y cuales no y a qué se podría atribuir esta diferencia.

En los primeros estadios del alcoholismo el bebedor regularmente llega a un grado de intoxicación suficiente para mantener la euforia durante algunas horas, pero sin una manifestación de borrachera y durante tiempo sin efectos posteriores. En el estadio posterior (comunmente después de 10 o 12 años de bebida pesada)- esta conducta cambia. El alcohólico ahora se mete en unos episodios de bebida que terminan en una intoxicación tan grave que no puede continuar bebiendo. Después de recuperarse de los efectos del episodio, después de una, dos o tres semanas, el alcohólico comienza otra vez con otro episodio que termina como el primero. Esta secuencia se repite nuevamente a intervalos irregulares.

En estos episodios de bebida, el alcohólico desarrolla síntomas que claramente constituyen un síndrome - de abstinencia (único criterio para establecer el desarrollo de la dependencia física del alcohol, se caracteriza por la aparición de trastornos importantes tras el cese abrupto de la ingestión de la sustancia en cuestión). Este desaparece en cierto tiempo cuando se toma más alcohol; si en el curso del episodio la ingestión de alcohol se demora, el alcohólico parece encontrarse en un malestar físico importante. Los síntomas de abstinencia indican una demanda física para el alcohol en esta situación dada, pero la "necesidad" puede ser sólo aparente. Puede ser que el alcohólico que quiere terminar los síntomas de malestar no encuentre otro remedio que el alcohol, y el miedo de no encontrar el remedio intensifica los síntomas. En la condición aguda parece justificado hablar de una demanda irresistible o "necesidad" para el alcohol, pero las observaciones sugieren que la "necesidad" aparece frecuentemente, si no en su totalidad, fuera de la necesidad de alivio de los síntomas de malestar.

Jellinek afirmó que la pérdida de control tenía una base fisiológica y sin embargo criticó a los que proponían la demanda física del alcohol como la causa del inicio de un uso excesivo de alcohol por parte del alcohólico. Sus afirmaciones resultan algo difíciles de sistematizar, un tanto contradictorias y quizás por ello él mismo tampoco pudo dar una respuesta

La pérdida de control la considera Jellinek como el hecho de que "cualquier ingesta de alcohol comienza

una reacción en cadena, que se vive por el bebedor como una demanda física de alcohol". Los síntomas que le acompañan frecuentemente son: racionalización de la bebida, conducta grandiosa, agresividad. La persona entera centra su conducta alrededor del alcohol. - Puede notar un descenso en su impulso sexual, celos, deterioro ético y pensamiento trastornado. Estos síntomas se alivian rápidamente con la ingesta de más alcohol, pero este alivio es de corta duración y pronto vuelven a aparecer y se vuelve a beber y así sucesivamente. Este proceso sigue hasta que el bebedor o no puede ingerir más alcohol o para por circunstancias extrañas. Y luego añade: en los individuos con pérdida de control predomina la ansiedad, mientras que el bebedor que se emborracha deliberadamente con sigue alguna alegría, una cierta pseudo filosofía y finalmente sentimientos de depresión y resaca, pero no un síndrome de abstinencia. Decide postular dos clases de "necesidad". La primera es física o no simbólica y es la que ocurre a una persona que ha estado bebiendo en exceso durante largos períodos y se manifiesta por síntomas ante la ausencia de alcohol. Este tipo de "necesidad" se cree es debida a alteraciones fisiológicas, aunque no se sepa todavía cómo se comporta. La mayor importancia de la necesidad física es que tiende a hacer los episodios de bebida más continuos. La segunda clase (o clases) de necesidad da cuenta del inicio del abuso de alcohol y de las recaídas tras la abstinencia y piensa que esta segunda clase de "necesidad" es principalmente psicológica.

Durante los períodos entre episodios de bebida la situación puede ser la siguiente: después de un cierto tiempo sin beber, el sujeto quiere sentirse "diferente" y no conoce otro modo de adquirirlo que a través del alcohol. Las experiencias desastrosas previas con la bebida no lo paran porque él está convencido de que esta vez será capaz de parar después de dos o tres tragos, justo lo suficiente para producirse la euforia deseada. Si en este punto, antes de comenzar otro episodio, se le coloca en una situación en la que no tiene acceso al alcohol, no mostrará ninguna de las conductas que que la ausencia del alcohol le lleva durante el estado de intoxicación. Puede estar en una institución durante meses sin mostrar ningún malestar incluso sin terapia. Aquí uno no puede hablar de una "necesidad" irresistible o una demanda física de alcohol, incluso aunque al salir de la institución comience inmediatamente a beber. Así pues y de acuerdo con Jellinek, la ausencia de manifestaciones de una demanda física de alcohol entre episodios de bebida, o durante un período forzoso prolongado de abstinencia pone graves dudas sobre la teoría de que la "necesidad" existe en el alcohólico desde el principio, teoría postulada por los proponentes de etiologías nutricionales y endocrinas del alcoholismo.

Sus explicaciones de los episodios de bebida por un lado se basan en variables psicológicas, especialmente en las teorías del aprendizaje, y la pérdida de control la pone en más de una ocasión en relación

con la ansiedad y la acción de refuerzo negativo de la conducta de beber. Sin embargo, y sin encontrarle él mismo una explicación subyacente coherente, - afirma que esta pérdida de control se debe a un proceso fisiopatológico que va a diferenciar a los sujetos enfermos alcohólicos de los sujetos que no lo son, aunque tengan problemas con la bebida, proponiendo un modelo dicotómico en el que la línea divisoria, como bien dice Alcohólicos Anónimos, es invisible.

Una crítica importante que puede hacerse, además al trabajo de Jellinek es de tipo metodológico, fundamentalmente en lo que se refiere al sesgo muestral de los datos que utilizó para dérivar sus hipótesis. Sus formulaciones se basaron en las respuestas a un cuestionario que contestaron 98 Alcohólicos Anónimos y posteriormente le añadió las descripciones de 2.000 pacientes. Por tanto, podría decirse que su descripción de alcohólico se refiere a un sujeto que reúna las características de los Alcohólicos Anónimos, - que son un grupo de personas que se denominan a sí mismos alcohólicos.

Una crítica positiva es su prudencia en aventurar hipótesis y en guiarse de la información de los datos que tenía, más que de las teorías al uso, la sistematización de los conocimientos y el haber estructurado una teoría simple, sin estigmas morales y con posibilidades de tratamiento.

2.2.2.- Definiciones sobre alcoholismo:

Las definiciones que los organismos médicos dan sobre alcoholismo, generalmente son, como las de Jellinek, amplias, con conceptos vagos y poco operativas. Diferencian entre el consumo de alcohol explicable por una "necesidad psicológica" y el consumo de alcohol explicable por una "necesidad física". Sin embargo no parece existir una explicación teórica clara de cómo se da esta "necesidad física" mientras que la "necesidad psicológica" la explican en términos principalmente de aprendizaje.

La O.M.S. incluye el alcoholismo como una dependencia mas dentro de las drogas. Considera a un sujeto alcohólico cuando su consumo de alcohol excede los límites que son aceptables por su cultura, cuando lo consume en situaciones consideradas inadecuadas por su cultura o cuando su ingesta de alcohol llega a ser tan abundante que le daña su salud o trastorne su funcionamiento social.

Este consumo puede deberse a una "necesidad psicológica" o una "necesidad física". (O.M.S. 1952 , 1967). El proceso por el cual, después de un uso prolongado y continuo de cantidades importantes de alcohol aparecen unos síntomas de abstinencia se explican por una "necesidad física". Es decir, los síntomas de malestar que se producen después de interrumpir una bebida continuada se entiende que provocan en el bebedor una búsqueda de alivio a través del alcohol, y que esta búsqueda es la expresión de una "necesidad física".

Para explicar el reinicio de la bebida después de un período grande de abstinencia, y cuando el sujeto no tiene un síndrome de abstinencia, se utiliza la "necesidad psicológica". Según el comité de la O.M.S. (1977) las tensiones psicológicas provocan "un deseo patológico de alcohol" ("necesidad psicológica") como medio de aliviar la tensión, y el sujeto comienza nuevamente a beber. También consideran que las presiones sociales que el sujeto tiene en su medio para que beba pueden llevarle a iniciar nuevos episodios de bebida. Hasta aquí el modelo es superponible a los datos de laboratorio obtenidos en un enfoque estrictamente conductual (modelo de reducción de tensión e influencia del aprendizaje vicario) que se detalla más adelante. La O.M.S., además considera que "la ingestión accidental de alcohol" también lleva a un reinicio de episodios de bebida descontrolada. Ahora bien, en los estudios conductuales sobre pruebas de degustación, se ha puesto de manifiesto que cuando un sujeto calificado de alcohólico bebe alcohol de forma subrepticia, no experimenta ningún reinicio de los episodios de bebida descontrolada. Estos episodios parecen depender más de variables psicológicas, tales como las creencias y expectativas de los sujetos que de los efectos farmacológicos de la sustancia (Merry, 1966; Engle y Williams, 1972).

La Asociación de Psiquiatría Americana (A.P.A.) define como alcohólicos a aquellos sujetos cuya ingesta de alcohol es lo suficiente como para dañar su salud física, alterar su funcionamiento personal o social o -

cuando su consumo se convierte en un requisito para el funcionamiento normal del individuo. Sus criterios diagnósticos intentan reflejar de alguna forma el concepto progresivo de los síntomas, clasificando el consumo de alcohol en diferentes estadios:

- a) Bebida excesiva episódica: son aquellos individuos que presentando alcoholismo, llegan a intoxicarse al menos cuatro veces al año. Se considera que - - existe una intoxicación cuando el individuo presenta trastornos de coordinación motora o de lenguaje o su conducta está alterada.
- b) Bebida excesiva habitual: las personas que son alcohólicas, se intoxican más de doce veces al año y - están bajo la influencia del alcohol más de una vez por semana aunque no se hayan intoxicado.
- c) Otra forma de alcoholismo (no la especifican).
- d) Adicción al alcohol: cuando se tiene evidencia directa de dependencia de alcohol, fundamentalmente por la observación del síndrome de abstinencia.

También esta asociación considera necesario diferenciar entre dependencia psicológica y física. La dependencia psicológica la definen como un deseo compulsivo a utilizar alcohol, una incapacidad para parar, los esfuerzos repetidos para reducir la bebida excesiva y/o un uso patológico de alcohol.

El criterio para considerar que el sujeto hace uso patológico del alcohol, lo sitúan de forma arbitraria

en el diferente número de días en que el sujeto está intoxicado. Así, se entiende que un individuo usa el alcohol de forma patológica si permanece intoxicado a través del día, al menos durante dos días y si tiene algún período de amnesia mientras está intoxicado.

Para que haya una dependencia física, el individuo además de los dos criterios anteriores debe tener tolerancia (incremento en la cantidad de alcohol ingerida necesaria para conseguir el efecto deseado) y el síndrome de abstinencia (aparición de trastornos al levantarse, que se mejoran si se bebe).

El National Council on Alcoholism (N.C.A.) intenta categorizar el alcoholismo a través de los diferentes trastornos que el uso continuado del tóxico produce en el individuo. Diferencia tres criterios (fisiológico, conductual y clínico), dando a cada síntoma un "peso" numérico diferente que facilite un diagnóstico seguro, probable o posible.

Criterio Fisiológico

Criterio	Nivel diagnóstico
----------	----------------------

A. Dependencia fisiológica

- 1.- La dependencia fisiológica se manifiesta como síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo de alcohol o disminuye sin sustituirlo por otros sedantes.
 - a) Temblor importante (diferenciar de otras causas de temblor) 1
 - b) Alucinaciones (diferenciar de psicóticos) 1
 - c) Crisis (diferenciar de epilepsia y otros trastornos con crisis) 1
 - d) Delirium Tremens 1
- 2.- Evidencia de Tolerancia a los efectos del alcohol (puede existir un descenso en el nivel de tolerancia al pasar el tiempo)
 - a) Nivel de alcohol en sangre superior a 150 mg sin evidencia llamativa de intoxicación. 1
 - b) Consumo de 1/5 de galón de licor o su equivalente en vino o cerveza, diario, más de un día para un individuo de 180 libras. 1
- 3.- Períodos de amnesia alcohólica 2

Criterio Conductual, Psicológico y
actitudinal.

<u>Criterio</u>	<u>Nivel diagnóstico</u>
-----------------	------------------------------

Todas las condiciones crónicas de depen-
dencia psicológica ocurren en equilibrio
dinámico con las consecuencias intrapsíqui-
cas e interpersonales.

En el alcoholismo aparecen efectos sobre
el carácter y la familia. Como otras enfer-
medades crónicas con recaídas, el alcoholís-
mo produce alteraciones vocacionales, socia-
les y físicas. Estas alteraciones deben eva-
luarse y relacionarse con las pautas del al-
coholismo del sujeto. Las siguientes pautas
de conducta muestran dependencia psicológi-
ca del alcohol en alcoholismo:

- | | |
|--|---|
| 1.- Beber a pesar de las contraindicaciones
médicas conocidas por el paciente | 1 |
| 2.- Beber a pesar de la fuerte contraindica-
ción social (pérdida de trabajo, ruptu-
ra matrimonial, arrestos, conducir bebi-
do) | 1 |
| 3.- Preocupación subjetiva del paciente so-
bre pérdida de control del consumo de -
alcohol | 2 |

Criterio Clínico

<u>Criterio</u>	<u>Nivel diagnóstico</u>
<u>Principales enfermedades asociadas al alcohol</u>	
Puede suponerse alcoholismo si existe enfermedad asociada al alcohol en una persona que <u>be</u> be regularmente. En tales individuos debería investigarse la evidencia de dependencia fisiológica y psicológica:	
Hepatitis alcohólica	1
Cirrosis	1
Pancreatitis	2
Gastritis crónica	3
Trastornos hematológicos: anemia, etc.	3
Síndrome de Korsakoff	2
Degeneración cerebelosa alcohólica	1
Degeneración cerebral sin Alzheimer o arterioesclerosis	2
Neuropatía periférica	2
Amблиopia periférica	2
Miopatía	2
Beriberi	3
Pelagra	3

Nivel diagnóstico:-

- 1 = Definitivo, obligatorio
- 2 = Probable, frecuente, indicativo
- 3 = Posible, incidental, potencial

2.2.3. - La estructuración de Sto-Domingo

En nuestro país Santo Domingo (1981) entiende el alcoholismo como el uso intermitente o continuo de alcohol asociado a una dependencia (psicológica o física) o que daña la actividad en la esfera mental, física o social. Realiza una conceptualización de la dependencia como una variable continua, que puede tener expresión en el sujeto bien por trastornos de conducta, bien por trastornos físicos o por ambos a la vez.

Como criterio de dependencia señala la existencia de un síndrome de abstinencia físico objetivable con sintomatología preferentemente vegetativa y subjetivamente vivencias de la falta de alcohol con más o menos malestar. Un comportamiento contra las normas sociales de bebida, entre ellas el no suprimir la bebida cuando daña comprobadamente a la propia persona incluso en su salud. Este es un criterio diagnóstico de gran peso - (Sto-Domingo, 1981).

La pérdida de control lo considera como un síntoma importante "pero bastante inespecífico". "Debe valorarse en función del resto de la situación no siendo indicativo por sí mismo de la situación de dependencia, - aunque sí de una forma especial de relación con la bebida.

La descripción del alcoholismo supone de forma explícita la consideración no sólo de la conducta de beber, sino de todas aquellas consecuencias que el consumo de alcohol tiene sobre la vida del sujeto, siendo - necesario considerarlo en el proceso de rehabilitación y en la evaluación global del tratamiento. Llopis y Sto-Domingo (1963) propusieron una clasificación del -

trastorno en tres dimensiones:

- a) inicio del hábito alcohólico
- b) forma de beber y tipo de dependencia
- c) complicaciones o consecuencias de la intoxicación etílica.

Esquema para la clasificación de los alcohólicos:

a) Inicio o causas del hábito alcohólico:

- 1.- Hábito consecutivo a enfermedades mentales
- 2.- Hábito consecutivo a psicopatías y neurosis
- 3.- Hábito consecutivo a factores sociales anormales
- 4.- Hábito consecutivo al ambiente alcohólico de la sociedad.

b) Modos de beber:

- 1.- Caracterizado por: no pérdida de control, capacidad de abstinencia conservada, falta de síndrome de abstinencia.
- 2.- Caracterizado por: tolerancia aumentada, metabolismo adaptado al alcohol. Síndrome de abstinencia. Incapacidad de abstenerse. Capacidad de control conservada.
- 3.- Caracterizado por: tolerancia aumentada y metabolismo adaptado al alcohol. Síndrome de abstinencia. Incapacidad para abstenerse. Pérdida de control.
- 4.- Caracterizado por: capacidad de abstenerse conservada. Pérdida de control. Bebedores de curso intermitente.

c) Consecuencias tóxicas del alcohol:

I) Complicaciones de expresión fundamentalmente psíquicas:

1. Embriagueces patológicas.
2. Síntomas psíquicos menores (neurastenia alcohólica)
3. Trastornos caracterológicos; irritabilidad-explosividad, distimias, depresión.
4. Estados confuso-oníricos crónicos, subagudos y agudos ("Delirium tremens").
5. Alucinosis alcohólica.
6. Síndromes paranoides y paranoicos alcohólicos.
7. Estados demenciales alcohólicos: síndrome de Korsakow y otras formas.
8. Síndromes mixtos y confusos.

II) Complicaciones de expresión fundamentalmente - somática:

1. Síntomas somáticos menores: temblor moderado, pituitas matutinas, anorexia, insomnio, diarrea banal, etc.
2. Convulsiones alcohólicas genuinas.
3. Síndromes neuríticos, neuraxíticos y meningo-encefalomielíticos de origen alcohólico.
4. Síndromes gastríticos y ulcerosos gastro-duodenales de origen alcohólico.
5. Insuficiencia hepática, esteatosis hepática y cirrosis hepáticas alcohólicas.
- 6.- Síndromes pancreáticos alcohólicos.
7. Síndromes pelagroides y anémicos de origen alcohólico.

- 8. Miocarditis alcohólica y síndromes cardio-respiratorios.
- 9. Disendocrinias alcohólicas: alteraciones - tiroideas y gonadales: hiper e hipoerotismo, impotencia y esterilidad.
- 10. Senilidad precoz alcohólica.
- 11. Otros trastornos somáticos de origen alcohólico.

III) Complicaciones sociales:

- 1. Desajuste familiar
- 2. Separación conyugal
- 3. Disgregación familiar
- 4. Degradación familiar
- 5. Desajuste laboral
- 6. Absentismo laboral
- 7. Inestabilidad laboral
- 8. Degradación Laboral
- 9. Incapacidad laboral
- 10. Conducta antisocial menor
- 11. Conducta antisocial mayor (delitos, etc.)
- 12. Pérdida de nivel social
- 13. Degradación social completa.

En el apartado referente al inicio o causas del hábito alcohólico se intenta reflejar cómo comenzó el sujeto a beber, intentando, a través de la historia - clínica, obtener información de los factores que le - llevaron al sujeto a "engancharse" en la bebida.

En el primer grupo incluyen todos los casos de alcoholismo debidos a enfermedades mentales de cualquier tipo, por ejemplo, oligofrenia, psicosis (los incluyen por su rareza en encontrarlos y por existir el denominador común de enfermedad mental). En el segundo grupo todos los casos debidos a trastornos afectivos o de - personalidad aunque sean constitucionales o reactivos. En el tercer grupo, los casos que se presentan en reacción a graves conflictos sociales. En el cuarto grupo a los alcohólicos, en los que no se puede descubrir - ninguna anomalía psíquica anterior al hábito.

Respecto a las formas de beber, Llopis y Sto-Domingo (1963) ven las divisiones 1, 2 y 3 como reflejo de una posible evolución progresiva y se les pueden entender como estados por los cuales puede pasar en principio todo alcohólico, aunque puede siempre parase o quedarse en uno de ellos. La división 4 es una delimitación especial, aquellos casos de bebedores intermitentes que pueden perder violentamente el control durante un tiempo y que están "secos" durante largos periodos. No es lo mismo que los periodos de abstinencia que suele ensayar casi todo alcohólico al menos una vez en su vida, aunque no se señale en que se diferencian.

El planteamiento de este enfoque está en la línea de todo lo sugerido muchos años después por algunos

teóricos del modelo conductual. (Pattison, 1976; Sobell y Sobell, 1971 ; Miller, 1976) de que los problemas derivados del consumo abusivo de alcohol no se pueden restringir a conseguir que el sujeto no beba; sino a plantear un proceso terapéutico hecho a la medida de las características y trastornos de cada individuo, - tanto en el área de su salud mental y física como de sus relaciones sociales, familiares y laborales (Sto-Domingo, 1970).

2.2.4 .- Teorías explicativas de la enfermedad alcohólica

El modelo médico ha considerado el alcoholismo como una enfermedad y el consumo excesivo de alcohol se ha interpretado como síntoma de un trastorno subyacente en el sujeto alcohólico. Cual sea este trastorno ha sido causa de discusión sin una solución clara. Se han argumentado diversas teorías entre las que sobresalen:

a) Teorías genéticas: se intenta explicar el alcoholismo como consecuencia de factores hereditarios basándose en diferentes datos:

- 1.- Existencia de una mayor proporción de alcoholismo entre los hijos adoptados con padres biológicos - alcohólicos, que entre los hijos adoptados con padres biológicos no alcohólicos. Sin embargo, los datos de los estudios publicados son contradictorios. Mientras que Ann Roe (1945) estudiando un -

grupo de 61 sujetos a los que se les había separado de los padres desde el nacimiento y habían sido adoptados por padres sin problemas de alcohol, encontró que 36 de estos 61 tenían un padre biológico alcohólico y ninguno de los 36 tenía problemas con el alcohol, Goodwin(1973) estudiando a 100 varones adoptados en la infancia, encontró que los que eran alcohólicos tenían padres biológicos alcohólicos. No pudiéndose sacar conclusiones claras de la influencia de los factores hereditarios en el alcoholismo a partir de estos estudios.

2.- Diferencias raciales de sensibilidad al alcohol.

Se han encontrado estirpes de ratones que responden de forma más sensible al efecto depresor del alcohol (Israel, 1978) y en las razas orientales se ha encontrado que con la ingesta de alcohol se produce un enrojecimiento facial más intenso y - frecuente llamado "oriental flush" que se supone indicaría una mayor sensibilidad de estas razas - al alcohol y menor índice de alcoholismo. Pero - también los indios americanos presentan el mismo - fenómeno y sin embargo tienen índices de alcoholismo muy elevados.

3.- En los estudios con gemelos monocigóticos existen tasas de mayor concordancia de alcoholismo, que - entre los gemelos bicigóticos.

b) Teorías sobre un factor de déficit nutritivo:

Mardones y su equipo (1950) trabajaron con ratas a las que se suministraba una dieta con un complejo vitamínico B, encontrando que tendían a elegir mayor cantidad de solución alcohólica que de agua en comparación con otro grupo de ratas a las que se les suministraba una dieta completa. Intentaron explicar esta elección como resultado de la existencia de un factor N térmolabil ligado a las vitaminas del complejo B, - sin embargo no se ha podido aislar tal factor ni demostrar su existencia.

c) Teoría sobre la existencia de un factor alérgico:

Se pensaba que el alcoholismo era una forma de alergia al alcohol. Ha sido una hipótesis muy querida por Alcohólicos Anónimos aunque hoy está totalmente rechazada.

d) Teorías endocrinológicas:

Se ha supuesto que el sujeto alcohólico lo era debido a una insuficiencia de las glándulas suprarrenales ya que esta insuficiencia se encontraba con gran frecuencia en los sujetos alcohólicos. Actualmente se la considera como consecuencia del consumo excesivo de alcohol y no como causa.

También se ha barajado como causa la existencia de hiperinsulinismo encontrado en los alcohólicos, haciéndole responsable del deseo imperioso de beber de estos sujetos.

e) Teoría de afectación cerebral:

Se piensa que la pérdida del control de los sujetos alcohólicos se debe a destrucciones masivas cerebrales, aunque dichas destrucciones no sean detectables por los medios de exploración actuales. La destrucción progresiva del córtex del lóbulo frontal facilitaría que al consumirse alcohol se produjera una anestesia suficiente para iniciar la pérdida del control. Ciertas anomalías electroencefalográficas de determinados individuos serían una condición cerebral predisponente al alcoholismo.

Ninguna de estas teorías parece tener evidencia empírica suficiente para considerarse confirmada, aunque la investigación básica actual sigue, últimamente enfocada al estudio del efecto del etanol sobre la membrana neuronal.

2.2.5.- Síntesis del Modelo Médico

Aunque no se pueda atribuir a ningún autor o grupo específico, consideramos que las características - que Pattison (1976) sugiere como elementos fundamentales del concepto tradicional del alcoholismo, las - resume conforme a nuestro mismo criterio:

1.- Existe un fenómeno unitario que puede ser identificado como el alcoholismo. Mann (1958) afirma " el alcoholismo es una enfermedad que se manifiesta por - una bebida descontrolada de la víctima, que es conocida como alcohólico. Es una enfermedad progresiva, que, dejada sin tratar, se hace más virulenta año tras año, dirigiendo a sus víctimas más y más de un modo normal hacia un abismo profundo que solo tiene dos salidas: - la pérdida de salud o la muerte. El alcoholismo, por tanto, es una enfermedad progresiva y a menudo fatal.. si no es tratada y parada. Pero puede pararse". (pag. 3).

2.- Alcohólicos y prealcohólicos. Los alcohólicos reaccionan de forma diferente que los no alcohólicos a la bebida. Esta diferencia tiene probablemente unas bases fisiológicas.

3.- Los alcohólicos pueden, a veces, experimentar una experiencia de necesidad física irresistible para el alcohol, o una fuerte compulsión psicológica a beber.

4.- Los alcohólicos desarrollan de forma gradual un - proceso llamado "pérdida de control" sobre la bebida y

posteriormente incluso una incapacidad para dejar de beber.

5.- Alcoholismo es una condición permanente e irreversible. Cuando se desarrolla el alcoholismo ocurren cambios biológicos permanentes. Incluso después de varios años, la ingestión de solo una pequeña cantidad de alcohol por una persona que fué una vez físicamente dependiente del alcohol, reincidentirá la dependencia física. Por tanto el alcoholismo puede pararse pero no curarse.

6.- El alcoholismo es una enfermedad progresiva que sigue un inexorable desarrollo a través de distintas fases: Para la mayoría de los alcohólicos, el alcoholismo es un proceso de enfermedad que se desarrolla de forma gradual sobre un periodo de unos 15 años; esta progresión le llevará al deterioro y a la muerte.

2.2.6.- Ventajas e inconvenientes del Modelo Médico

Al considerar el alcoholismo como enfermedad, el modelo tradicional puso las bases para eliminar el estigma social al que estaban sometidos los sujetos con problemas de bebida, ofreciendo como alternativa al castigo social la posibilidad de rehabilitación - ya que no la cura. Se organizó de forma coherente el cuerpo de doctrina, surgiendo rápidamente revistas - especializadas y estudios más sistemáticos. Desde la perspectiva de enfermedad se establecieron objetivos de tratamiento posibles con métodos razonables, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario, adquiriendo apoyo social y cambios legales que facilitaron la rehabilitación.

Sin embargo el modelo médico tiene varios inconvenientes, entre los que se encuentran el reforzamiento del poder profesional frente al enfermo débil.

Una importante contradicción a la hora del tratamiento es entender que si el sujeto alcohólico es un enfermo debido a determinados cambios fisiopatológicos ocurridos tras la ingesta continuada de alcohol, sea a la vez responsable en el proceso de cambio de su dependencia.

No es infrecuente encontrar individuos que acuden a tratamiento para que les den "esas medicinas que les quitan las ganas de beber" poniendo de manifiesto la existencia de esa disonancia entre lo que se les dice (que son enfermos) y lo que se hace (darles una sustan

cia que produce trastornos cuando beben).

La misma contradicción surge cuando se pide a la familia que cambie sus pautas de comportamiento con el sujeto alcohólico ya que esto puede ser básico para su proceso de rehabilitación y a la vez se les explica que como es un enfermo no es responsable de su conducta. Quizás sean estas contradicciones algunas de las razones por las que a nivel popular no se perciben los problemas de bebida como enfermedad. La alternativa sería explicar como funciona la conducta humana, la dependencia de sus consecuencias y como el castigo social se convierte en refuerzo de atención y mantiene la conducta que se quiere eliminar. Habría que explicar el proceso de extinción, las recuperaciones espontáneas (recaídas), etc.

Sin embargo, a nivel general, quizás conviene por razones políticas y legales mantener la definición de enfermedad hecho que necesitaría ponerse a prueba ya que la conceptualización de que la enfermedad no se cura hace que las expectativas del sujeto "rehabilitado" sean precisamente el comportarse de acuerdo al modelo de la definición, facilitando que en ocasiones al ingerir pequeñas cantidades de alcohol el sujeto siga bebiendo "porque así sucede" "una vez que empieza a beber no se puede parar".

Pattison, Sobell y Sobell (1977) proponen un nuevo modelo multivariado de alcoholismo con una serie de proposiciones y corolarios que intentan aunar las ventajas del modelo médico y conductual:

2.2.7.- Propuesta de un Modelo Alternativo

Proposiciones del Modelo Formal:

Proposición 1ª: La dependencia del alcohol subsume una variedad de síndromes definidos por las pautas de bebida y sus consecuencias adversas.

Corolario A: Estos síndromes se definen como una combinación de consecuencias físicas, psíquicas o sociales negativas que siguen al uso del alcohol por un individuo.

Corolario B: Estos síndromes pueden variar a lo largo de un continuo desde consecuencias mínimas a graves e incluso fatales.

Corolario C: Estos síndromes, denominados de forma articulada como dependencia del alcohol, es mejor considerarlos como problemas de salud graves.

Corolario D : En circunstancias específicas puede ser mejor, para las metas socioculturales legales, políticas y terapéuticas, considerar la dependencia del alcohol como una "enfermedad" especialmente cuando la -
sintomatología física es aguda.

Proposición 2ª: La utilización del alcohol por un individuo puede considerarse como un punto de un continuo desde el no-uso no problemas de bebida, hasta varios grados de bebida perjudicial.

Corolario A: Podría pre-existir diferencias entre las

reacciones individuales al alcohol o vulnerabilidad a las consecuencias adversas del alcohol como función de factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales. Tales factores pueden incrementar o decrecer la posibilidad de que se desarrollen principalmente con el uso del alcohol o no.

Corolario B: Esta diferente susceptibilidad al alcohol no produce por sí misma dependencia del alcohol. Cualquier persona que use alcohol puede desarrollar un síndrome de dependencia alcohólica.

Corolario C: No existe una dicotomía natural entre alcohólico y no alcohólico sino más bien un espectrum - de pautas de bebida que puede resultar en diferentes combinaciones de consecuencias perjudiciales.

Proposición 3ª : El desarrollo de los problemas del alcohol sigue unas pautas variables a lo largo del tiempo.

Corolario A: Los problemas del alcohol pueden desarrollarse gradualmente a lo largo del tiempo, llegando a un incremento de las consecuencias negativas, o tales problemas pueden desarrollarse rápidamente.

Corolario B: Los problemas del alcohol no prosiguen - inexorablemente de forma necesaria a estados fatales o graves sino que pueden permanecer estáticos en cualquier nivel de gravedad.

Corolario C: Los problemas de alcohol pueden mejorar se parcial o totalmente a través de un proceso natural o un programa de tratamiento.

Proposición 4ª : Conseguir abstinencia no se relaciona necesariamente con la rehabilitación.

Corolario A : Una persona puede ser totalmente abstinentemente sin mejorar en otras áreas del funcionamiento de su vida que estuvieron relacionadas con un uso perjudicial de alcohol.

Corolario B : Una persona puede demostrar pocos cambios en sus pautas de uso de alcohol y mejorar en otras áreas de su funcionamiento vital que estuvieron relacionadas con el uso del alcohol.

Corolario C : Una persona puede cambiar sus pautas de uso de alcohol de forma que su bebida no constituya ya más un problema.

Proposición 5ª : Las dependencias psicológica y física del alcohol son separadas y no son necesariamente fenómenos relacionados.

Corolario A : La dependencia psicológica del alcohol es un síndrome de pautas aprendidas de uso del alcohol.

Corolario B : Factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales pueden incrementar o disminuir

la vulnerabilidad de la persona a desarrollar una pauta de dependencia psicológica. Ninguno de estos factores aislado es necesariamente suficiente para causar dependencia psicológica.

Corolario C : El consumo de una cantidad pequeña de - alcohol en una persona calificada alguna vez de "alcohólica" no inicia necesariamente una necesidad física que lleva a consumir más bebida.

Corolario D : Un individuo puede experimentar un sen-timiento de necesidad muy fuerte de beber en ciertas situaciones y no en otras, lo cual puede ser exacerbado por el consumo de pequeñas cantidades de alcohol.

Proposición 6ª : El consumo de largas dosis de alcohol a lo largo de periodos amplios de tiempo probablemente inicia un proceso de dependencia física.

Corolario A : El estado de dependencia física viene - marcado por un incremento de tolerancia al alcohol y puede manifestarse por los síntomas del síndrome de - abstinencia que varía en gravedad.

Corolario B : Cualquier persona que consume una canti-dad suficiente de alcohol por un largo periodo de tiempo puede desarrollar eventualmente algún grado de de-
pendencia física. Esto varía a lo largo de un continuamiento: el incremento de tolerancia del bebedor ligero sin problemas a la resaca del bebedor que se intoxica -

ocasionalmente, a los síntomas graves del síndrome de abstinencia del bebedor pesado crónico.

Corolario C : El desarrollo de dependencia física es tá relacionado primariamente con la cantidad y frecuen cia de la ingesta de alcohol, no con un proceso metabólico único del alcohol.

Corolario D : Un estado de dependencia física puede existir sin ninguna otra consecuencia negativa del be ber, excepto la secuela fisiológica.

Corolario E : Puede haber diferencias individuales en la sensibilidad biológica a los efectos del alcohol, - pero tales diferencias no son ni necesarias ni suficien tes para establecer la dependencia física.

Corolario F : El estado de dependencia física no pare ce ser un estado permanente sino que varia con las di ferentes pautas de bebida después que la dependencia física se ha establecido. Este grado de dependencia - física parece ser reversible.

Proposición 7ª: La población de individuos con problemas de alcohol es multivariada.

Corolario A: Mientras que el rango de tipos de proble mas y gravedad de los mismos puede definirse de forma arbitraria en categorías de utilidad en la investiga ción o la clínica, tales tipologías deberán reconocer

se como clasificaciones heurísticas relativamente arbitrarias.

Corolario B : Las intervenciones de tratamiento deben ser multivariadas. Los planes de tratamiento individual necesitan considerar:

- 1) La gravedad del uso de alcohol de la persona.
- 2) Los problemas particulares y las consecuencias asociadas con las pautas de bebida individual.
- 3) La capacidad de la persona para adquirir las metas específicas del tratamiento.

Corolario C : Una rehabilitación comprensiva requiere una variedad de servicios que van desde la información y educación hasta un cuidado intensivo durante largo tiempo. Los servicios disponibles, los métodos y metas deberían ser lo suficientemente flexibles para que se incluyan las diferentes necesidades individuales y capacidades de participación.

Proposición 8ª: Los problemas de alcohol están típicamente interrelacionados con otros problemas de la vida especialmente cuando la dependencia del alcohol está establecida durante un largo periodo.

Corolario A : La rehabilitación debería dirigirse a conseguir cambios específicos en la conducta de bebida adecuada a cada individuo.

Corolario B : La rehabilitación debería dirigirse a conseguir cambios en áreas problemáticas del funcionamiento de su vida, además de los esfuerzos dirigidos a la bebida.

Corolario C : La rehabilitación debe tomar en cuenta las preferencias individuales, metas y elección del tratamiento, grado de incapacidad y capacidad para conseguir esas metas.

Proposición 9ª: Debido a la amplia documentación entre conducta de beber e influencias ambientales, el énfasis debería situarse en los procedimientos de tratamiento que tengan en cuenta el ambiente de bebida de la persona.

Corolario A : El individuo dependiente del alcohol puede necesitar temporalmente un cambio de su ambiente (hospital, etc.) con una vuelta planificadora a su ambiente natural.

Corolario B : Para evitar problemas posteriores y adquirir algún nivel estable de existencia, algunos individuos dependientes del alcohol pueden necesitar un ambiente de vida casi permanentemente protegido.

Corolario C : La rehabilitación probablemente requiere una implicación directa en el medio. Ello debería comenzar con un análisis de las interacciones de la

persona dependiente con su medio y proceder a planificar intervenciones ambientales con la familia, - allegados, amigos y otros en su medio social.

Proposición 10ª: El tratamiento y los servicios de rehabilitación deberían ser diseñados para proporcionar una continuidad en el cuidado durante un largo periodo de tiempo. Esta continuidad de los servicios debería comenzar con una identificación y mecanismos de distribución eficaces extendidos tanto a las fases agudas como crónicas del tratamiento y un seguimiento después del tratamiento.

Proposición 11ª: Los estudios de evaluación del tratamiento de la dependencia alcohólica deben tener en cuenta el grado inicial de incapacidad, el potencial para el cambio y un inventario de las disfunciones del individuo en las diversas áreas de la vida, además de la conducta de beber. La evaluación de la mejoría debería incluir ambas cosas. Deben también reconocerse los grados de mejoría. Los cambios en todas las áreas del funcionamiento de la vida deben evaluarse sobre bases individuales. Esto necesita la utilización de medidas de comparación pre-tratamiento y postratamiento.

2.2.8.- Tratamiento Médico

Todos los autores están de acuerdo en que en el alcoholismo es preciso distinguir entre el tratamiento de las complicaciones que produce el consumo de alcohol y el tratamiento de la dependencia alcohólica. (Cole y Ryback, 1976; Sto-Domingo, 1981).

1.- Desintoxicación alcohólica:

En la fase de desintoxicación alcohólica se intenta conseguir una normalización del metabolismo adaptado al alcohol, evitando el síndrome de abstinencia o deprivación.

Existen diversos fármacos tranquilizantes mayores (neurolepticos) y menores (ansiolíticos) que evitan o reducen casi totalmente el síndrome de deprivación. Los más contrastados en su utilización son los benzodiazepínicos, especialmente el clodiazepótido y el diazepam, por vía oral o inyectable. El dometiá-zol por vía oral o en goteo endovenoso es de las sustancias más eficaces preventivas y curativas del síndrome de deprivación. También la tiaprida de vía oral o inyectable y de utilización reciente tiene muy buenos resultados.

Dado que el síndrome de abstinencia puede cursar con sudores, vómitos y diarreas, es muy importante el tratamiento del balance electrolítico.

Los estados de intoxicación alcohólica crónica se caracterizan por la existencia de déficits enzimáticos que aconsejan la utilización de vitaminas, fundamentalmente del complejo vitamínico B.

Después del período de privación inmediata, que suele durar hasta dos semanas, después de la abstinencia, persisten generalmente consecuencias tóxicas de larga duración (hepatopatías, polineuropatías, etc.), que requieren un tratamiento especializado de larga duración.

2.- El tratamiento del "Delirium Tremens" alcohólico:

Entre las complicaciones del alcoholismo, el delirium tremens continúa siendo de los más frecuentes y graves. El tratamiento exige una atención cuidadosa a tres áreas fundamentales: la atención de la causa médica o quirúrgica que casi siempre precipita el cuadro delirante; la atención al balance hídrico y electrolítico y la utilización de sustancias tranquilizantes. En el momento actual los medicamentos más utilizados son algunas benzodiacepinas de acción rápida (diazepam y clodiazepoxidol, el clometiazol y la tiaprida. Generalmente el uso de estas sustancias es preferible que se haga por vía parenteral intramuscular o intravenosa en goteo. Es fundamental la vigilancia y mantenimiento de una hidratación adecuada y una prevención o reposición de los desequilibrios electrolíticos, sobre todo del potasio. También interesa prevenir las infecciones secundarias, especialmente pulmonares. Se necesita añadir vitaminas y coenzimas del grupo B, especialmente -

si se sospecha la existencia de alguna encefalopatía alcohólica tipo Gayet - Wernicke o Korsakoff.

En estos pacientes con psicosis alcohólicas agudas, se debe prestar especial atención tanto a la agitación como a las alteraciones de conciencia y a la vivencia delirante del entorno que el sujeto tiene, ya que pueden dar lugar a situaciones de peligro de auto-agresión y agresión a otros, necesitando una vigilancia adecuada.

Por regla general el tratamiento de las complicaciones graves y del síndrome de privación que cursa con aspectos delirantes debe hacerse en régimen de internamiento hospitalario y dada la compleja tecnología y terapéutica necesaria se aconseja el internamiento en hospital general y no psiquiátrico.

3.- Tratamiento de la dependencia alcohólica:

El tratamiento de la dependencia alcohólica se ha enfocado a conseguir la abstinencia fundamentalmente utilizando Disulfiran (Antabús).

El Disulfiran es una sustancia, manejada desde 1947 en el tratamiento de los alcohólicos. El disulfiran tomado en cantidades suficientes (entre 250 a 500 mg. por día) interactúa con el alcohol ingerido, probablemente bloqueando su metabolismo al inhibir la oxidación del acetaldehído y bloqueando la enzima dopamina - B - Hidroxilasa y que explican los síntomas de la reacción disulfiran-alcohol que consiste en un enrojecimiento facial, sudoración, palpitaciones, taquicardia, disnea, hipotensión, náuseas, vómitos e

hiperventilación a veces seguido de somnolencia, y vivida por regla general muy desagradablemente por el paciente.

La reacción disulfiram-alcohol se busca deliberadamente en la técnica clásica, en la que tras varios días de administración de Disulfiran para ajustar la dosis, se hace ingerir bebidas alcohólicas con el - adecuado control médico de la reacción subsiguiente. Esta reacción se provoca para que el paciente conozca qué le puede pasar si toma alcohol después de haber - tomado la sustancia.

Esta reacción exige el efectuar una selección de los pacientes para utilizar el disulfiran, teniéndose que eliminar aquellos con alteraciones cardiocirculatorias, hepatopatías, diabetes, insuficiencia renal y situaciones de embarazo.

Actualmente los terapeutas no suelen provocar deliberadamente la reacción disulfiran-alcohol sino que explican cómo puede ser esa reacción y les orientan el - tomarlo dentro de un proceso progresivo de autocontrol. Se intenta que sea el propio paciente el que deliberadamente utilice la sustancia para controlarse y participe en el tratamiento sintiéndose responsable de su deshabituación (Sto-Domingo, 1981). La idea básica es que si es el paciente el que toma la sustancia tanto su autocontrol como su auto-estima se incrementan.

No siempre, sin embargo, quieren los sujetos tomar Disulfiran porque ven en la sustancia algo que les impide "dejarlo por sí mismos". En este caso se aconseja

un período de educación al paciente para que lo admita, hasta que llegue a vivirlo como una ayuda para conseguir su propio auto-control como resultado de su propia decisión de tomarlo (Cole y Ryback, 1976).

A veces, ni siquiera el sujeto puede tomar la decisión de tomarlo y suele entonces decidirse que se lo proporcione un familiar, previo su consentimiento y hasta que él mismo lo consiga sin esa ayuda. Por supuesto que la motivación para dejar de beber fluctúa, habiendo surgido toda una cultura "underground" de cómo cambiar las pastillas, machacadas contra las muelas sin tragarlas, etc. que engañan momentáneamente al familiar, pero que pronto produce recelo, sospechas y pueden perturbar seriamente la relación familiar. Un planteamiento terapéutico adecuado sería lo grar que sea el propio paciente el que decida seguir engañándose y tomar la sustancia si la necesita.

En casos difíciles de conseguir un control, al menos en los primeros estadios del tratamiento, se puede hacer una implantación subcutánea de disulfiran - cuyos efectos se prolongan varios meses, facilitando la existencia de un período de tiempo para poder desarrollar las habilidades necesarias para que el sujeto consiga su auto-control. Tiene un riesgo importante y es que el paciente al atribuir su control a la sustancia, discrimine la situación y las conductas aprendidas dejen de utilizarse al pasarse los efectos de la implantación. Recordemos el trabajo realizado por Davison y Valins (1973) en el tratamiento del inson

nio. Todos los pacientes recibieron el mismo tratamiento: enseñanza en relajación, programación de un horario de sueño, administración de medicación para dormir. La única variable que se manipuló fue la información sobre la medicación recibida. Aunque todos tomaron la misma cantidad de sustancia, que era una dosis mínima, a un grupo se le dijo que la dosis era muy alta y que la eficacia del tratamiento había dependido de la medicación tomada, mientras que al otro grupo se le dijo que la dosis de medicación era tan mínima que el buen resultado dependía de las técnicas de relajación y de la programación de sueño que ellos controlaban. Los resultados indicaron que al finalizar el tratamiento, el grupo que había atribuido la mejoría a la medicación perdió todas las ganancias del tratamiento, mientras que los otros sujetos las mantuvieron.

A veces la utilización de disulfiran produce una serie de complicaciones: dermatitis alérgicas, molestias gástricas, etc. que pueden dificultar su uso. También, aunque en raras ocasiones, puede aparecer un síndrome con alteración de conciencia y trastornos de la memoria de fijación que exigen su abandono inmediato. Estas alteraciones se suelen producir cuando el sujeto mantiene su ingesta alcohólica, aunque sea reducida, al mismo tiempo que toma el disulfiran. Esta situación se da con cierta frecuencia cuando la familia administra la sustancia al paciente sin que lo sepa.

Las alteraciones de la libido, que presentan con más frecuencia los varones, no se han podido poner en relación con la toma de disulfiran, sino más bien con la abstinencia y los tranquilizantes que se le asocian. En general, ceden sin tratamiento específico, al cabo de unos 3-4 meses.

Cuando, por cualquier circunstancia, se produce una reacción disulfiran-alcohol, el tratamiento debe atender a la hipotensión del paciente, la mitigación de los síntomas vegetativos con antihistamínicos y clopromazina y un cuidado especial a la situación cardíaca y respiratoria.

Una sustancia de acción esencialmente análoga al disulfiran es la cianamida cálcica o carbimida cálcica (colme). Tiene efectos más moderados y se elimina a las pocas horas de su absorción por lo que las tomas suelen hacerse en dos periodos del día. Su presentación se hace en gotas y para la picaresca del alcohólico, no es infrecuente que se cambie la sustancia por agua con ayuda de una jeringilla, por lo que suele aconsejarse tener algún otro frasco para estas ocasiones. Esta sustancia ha sido utilizada en gran escala en Japón para conseguir bebida controlada, con notable éxito.

El problema que se le plantea al modelo médico con la utilización del Disulfiran o la Carbimida es explicar teóricamente el porqué de su utilización, ya que por supuesto en la práctica está totalmente avalado su uso por los éxitos. La sustancia no hace que al sujeto no le apetezca el alcohol, sino que le

previene de tomarlo para evitar las consecuencias aversivas que le producirían la ingestión de alcohol y esto se ajusta a un modelo teórico de aprendizaje de evitación y no a un modelo médico.

Junto a la utilización de sustancias que faciliten el auto-control del sujeto frente al alcohol y dentro de un marco terapéutico, es frecuente, por necesario, añadir en los comienzos del tratamiento psicofármacos para el manejo de la ansiedad y el ánimo depresivo.

Los otros tratamientos que se han utilizado, como la terapia aversiva, o el cambio de las relaciones familiares, se entienden desde la perspectiva psicológica por lo que se tratarán en ese apartado con detenimiento.

En resumen, podríamos decir que hay unos aspectos médicos del tratamiento del consumo de alcohol que - son prioritarios y esenciales, bien se realicen en regimen de internamiento o ambulatorio; pero el tratamiento de la llamada dependencia se ajusta de una manera más completa y predecible a un modelo conductual por lo que un enfoque de tratamiento basado en sus principios, especialmente en el análisis funcional, incrementarán las posibilidades de éxito en comparación de un tratamiento basado en principios empíricos sin una - teoría clara subyacente.

2.3.-, MODELO CONDUCTUAL

Desde un enfoque conductual, un individuo que tiene una dependencia del alcohol, se caracteriza - por un consumo frecuente y repetido de la sustancia que le evita o le permite escapar de situaciones de tensión o malestar. Tal experiencia de aprendizaje implica así la asociación a estímulos discriminativos y refuerzos que, después de miles de repeticiones, se tenderá a experimentar como una compulsión a beber en cuanto se exponga a señales cognitivas, fisiológicas y ambientales asociadas con el parar de beber. El modelo conductual surge en un intento de - explicar el alcoholismo como resultado de una historia de aprendizaje del sujeto en la que el beber alcohol se ha incrementado en frecuencia, duración e intensidad por los beneficios que proporciona.

Es una teoría homeostática cuyo supuesto fundamental es que el equilibrio interno del individuo es en sí mismo deseable o necesario para el cuerpo. Una alteración de esta homeostasis (ejemplo, por reacciones emocionales de miedo, agresión, arousal fisiológico, etc.) produce un estado de impulso que la persona tiene que reducir. Si en este momento el sujeto tiene disponible la ingesta de alcohol, éste reduce - la tensión y por tanto se convierte en algo reforzante. El alcohol al proporcionar una vuelta a la homeostasis refuerza la respuesta de beber. El refuerzo - vuelve a fortalecer la respuesta de beber cada vez - que la tensión ocurra con lo cual su probabilidad de

ocurrencia aumentará llevando al sujeto a la bebida habitual (Conger, 1956; Dollar y Miller, 1950).

La pauta de beber se fortalece cada vez más y se transfiere a otros estados de tensión corporal, elicitándose en numerosas situaciones mediante un proceso de generalización.

La ventaja de esta teoría es que cualquiera - que sea la fuente de tensión, psicosocial o fisiológica, el aprendizaje puede explicar el consumo excesivo de alcohol, y también explica la aparente incongruencia de que el consumo excesivo de bebida le lleva al sujeto a recibir diferentes formas de castigo, tales como la pérdida de trabajo, y de la familia, y un deterioro físico que sin embargo no le sirven para eliminar la respuesta de beber. El principio de la demora del refuerzo da cuenta de esta situación. La eliminación de la tensión y/o la facilitación de ciertas conductas difíciles para el sujeto, ocurren de forma muy inmediata a la ingestión de alcohol y desde el principio, mientras que una resaca, un castigo social, etc. ocurre generalmente al cabo de muchos años de beber y difícilmente repercute en su conducta. Incluso este castigo puede producir más tensión y facilitar el que se incremente la bebida.

Posteriormente se intenta explicar el inicio y mantenimiento del hábito por las propiedades del alcohol para reducir la tensión añadiendo una nueva situación en la que el alcohol se hace también reforzante y es la eliminación del llamado síndrome de abstinencia.

Bandura (1969) mantiene que el consumo excesivo de alcohol se inicia por tensión ambiental y más tarde se mantiene por las propiedades fisiológicas del alcohol.

El prealcohólico ha adquirido el consumo de alcohol como una respuesta dominante ampliamente generalizada ante la estimulación aversiva (estrés) como resultado de sus cualidades reforzantes. Este refuerzo establece un mecanismo de mantenimiento de la bebida. La bebida excesiva como respuesta frecuente al estrés eventualmente lleva a alteraciones metabólicas que resultan en síntomas físicos cuando se interrumpe de forma brusca la bebida. Así la bebida se continúa para aliviar la falta de alcohol que a su vez aliviará los malestares fisiológicos.

El concepto conductual actual del alcoholismo, es mucho más complejo, siendo la definición más extendida la dada por Miller (1977): El abuso del alcohol es "una pauta de conducta aprendida, socialmente adquirida, mantenida por numerosas señales antecedentes y reforzadores consecuentes, que pueden ser fisiológicos, psicológicos y/o sociológicos. Tales factores como la reducción de la ansiedad, el incremento de interacción social, el surgimiento de conductas más asertivas, la aprobación de los iguales, o la evitación de los síntomas de abstinencia pueden mantener el abuso posterior de la sustancia".

Se supone que, cuando una persona bebe de forma repetida, adquiere un repertorio muy amplio de estímulos condicionados internos y externos que evocan una

pauta de bebida alcohólica consistente. Esta pauta es variable y oscila desde la abstinencia hasta unas pautas de bebida muy frecuentes y, por tanto, muy graves.

La pérdida de control estaría así relacionada - con un conjunto de refuerzos, tanto del beber como del no beber, y su modificación exigiría conocer tanto los estímulos ambientales como los emocionales y cognitivos, además de la conducta de beber en sí misma.

Como vimos anteriormente, el modelo médico ha - intentado explicar estos fenómenos como consecuencia de cualquier ingestión de la sustancia-alcohol- por - el individuo que es "alcohólico", en una explicación tautológica, utilizando lo definido como definición y viceversa.

No se niega que la pérdida de control existe - sino que pone en duda el proceso subyacente defendido por el modelo médico y esta duda es la que le ha llevado a estudiar en situación de laboratorio este fenómeno. Tampoco admite que el inicio de otro episodio - de bebida descontrolada se explique sólo desde la existencia de un supuesto síndrome de abstinencia y por - ello también intenta investigarlo. El estado actual de las investigaciones es todavía limitado, pero prometedor y esta promesa es la que vamos ahora a describir - con detalle. En este apartado se revisan los resultados de los estudios conductuales de las variables que los investigadores han concluido que están implicadas en la decisión de los alcohólicos crónicos para iniciar el - consumo: volver a beber después de un período de sobrieg

dad, continuar bebiendo a pesar de los factores en su contra o incrementar los niveles de consumo en un período prolongado de bebida.

2.3.1.- EL ALCOHOL COMO REFORZADOR

El alcohol reduce la tensión: el supuesto básico es que la tensión puede reducirse mediante la ingesta de alcohol. El consumo de alcohol reduce la ansiedad del sujeto, siendo por tanto un reforzador negativo que incrementará la probabilidad de consumo - en situaciones semejantes. A través del alcohol el sujeto va a escapar de una situación fisiológica aversiva por lo que aprende pronto a evitar la ansiedad y esta conducta tiende a generalizarse.

Una forma de poner a prueba este principio teórico ha sido el estudiar qué ocurriría cuando a sujetos con problemas de bebida se les daba alcohol. La evidencia experimental que en un principio parecía contradictoria, parece deberse a las diferentes medidas de ansiedad utilizadas en los estudios. Los estudios - en los que la única medida de ansiedad fué el auto-informe no encontraban un descenso de nivel de ansiedad sino un incremento, mientras que cuando se introducen medidas fisiológicas, la reducción aparece sistemáticamente.

Mendelson (1964) y McNamell, Mello y Mendelson -- (1968) encontraron que las medidas de auto-informe so-

bre ansiedad en su grupo de alcohólicos crónicos se incrementaba en vez de reducirse, después de haber consumido alcohol, incremento que no ocurría en un grupo de bebedores sociales.

Nathan y colaboradores realizaron diversos trabajos para estudiar variables que correlacionaban con la bebida de los alcohólicos (Nathan y O'Brien, 1971; Nathan, O'Brien y Lowenstein, 1971; Nathan, Titler, Lowenstein, Solomon y Rossi, 1970) emplean en este contexto varias escalas y listas conductuales en las que los sujetos tenían que informar de su estado de ánimo. El análisis de los resultados indicó que la mayoría informaron de un incremento en ansiedad y depresión pero después de estar consumiendo de 12 a 24 horas y sin embargo en el inicio de la bebida habían indicado un descenso de esta ansiedad y depresión. Estos resultados se confirmaron en los estudios de Allman, Taylor y Nathan, 1972; Goldman, Taylor, Carruth y Nathan, 1973 y que nosotros estudiamos más adelante por otros hallazgos.

Posteriormente, este mismo grupo decidió sofisticar más el estudio y no sólo tomar medidas de autoinforme, sino también medidas fisiológicas. Steffen, Nathan y Taylor (1974) encontraron que un grupo de varones alcohólicos a los que se les estaba dando biofeedback de la actividad muscular durante los períodos de intoxicación experimental, informaron de un incremento significativo en ansiedad subjetiva al mismo tiempo que experimentaban una reducción significativa de los niveles de activación de los músculos frontales.

Abrams y Wilson (1979) y Wilson, Abrams y Lipscomb (1981) demostraron que el consumo de alcohol afectaba a los indicadores de conducta abierta y las respuestas fisiológicas de la ansiedad, sin alterar los auto-informes del sujeto sobre su ansiedad. Utilizaron como variables dependientes: la tasa cardíaca, la conductancia de la piel y la observación de su conducta a través de un sistema de video-tape. Su grupo lo constituían un grupo de 48 varones de edades entre los 18 y los 25 años a los que se les dió tres diferentes dosis de alcohol y se controló si su pauta de consumo anterior se podía considerar como ligera o pesada. Los resultados en las variables psicofisiológicas indicaron la existencia de un efecto de la cantidad de alcohol consumido sobre la ansiedad. Cuanta más cantidad bebieron menos tasa cardíaca tenían y el alcohol mitigó la ansiedad inducida por una interacción interpersonal. La relación con las medidas de observación de su conducta fué más compleja, diferenciándose según el sexo. Los varones fueron evaluados como menos ansiosos con la dosis más alta, mientras que las mujeres lo fueron con la dosis más baja. No se encontró ninguna sensibilidad en el cuestionario de ansiedad social para percibir estos cambios. Por otra parte, los bebedores más habituales notaron más cambios subjetivamente pero no se encontraron diferencias en las medidas psicofisiológicas realizadas.

Esta incidencia de la cantidad de dosis de alcohol consumida por los sujetos fué también puesta de manifiesto por Mello (1972) que informó de cambios positivos de

afecto en los sujetos que consumieron cantidades bajas de alcohol y cambios negativos con el incremento de la cantidad. Bandura (1969) encontró que dosis moderadas de alcohol producían en sus sujetos una reducción sustancial de su ansiedad.

La otra forma de estudiar la relación alcohol-tensión, ha sido poniendo a sujetos alcohólicos en condiciones controladas de tensión y ver las repercusiones sobre su conducta de beber. Los resultados globales indican que sólo cuando la situación de estrés es de tipo social se observa un incremento de la ingesta de bebida.

Alman, Taylor y Nathan (1972) estudiaron a un grupo de alcohólicos durante un período de 32 días. El estudio fué dividido en varios períodos. El primer período duraba cuatro días en los que no tenían acceso a consumir bebidas, pero podían trabajar en un sistema de economía de fichas en que se obtenían puntos canjeables, a posteriori, por alcohol. Un segundo período duró veinte días en los que tenían acceso a beber y podían también ganar puntos. Este período estuvo dividido en subperíodos: durante cuatro días no se les sometió a ningún estrés, los cuatro días posteriores fueron sometidos a un estrés referente a la calidad de su trabajo, informándoles de que cada vez se iba deteriorando más por lo que si seguían así no iban a poder obtener más alcohol; dos días posteriores en los que se permitió períodos de socialización y otros dos días de aislamiento y finalmente ocho días sin bebida. Los resultados indicaron influencia del estrés -

sobre el consumo de bebida sólo durante los períodos de socialización, pero ésta descendía o se suprimía en los períodos de aislamiento.

Higgins y Marlatt (1973) realizaron un estudio para ver la influencia del temor a recibir un shock. Asignaron a sujetos alcohólicos y no alcohólicos a dos condiciones: alto y bajo nivel de amenaza, antes de realizar una tarea de degustación. A un grupo de sujetos se les dijo que recibirían un shock eléctrico doloroso durante la tarea de degustación y al otro grupo se le dijo que el shock iba a ser de intensidad débil. La tarea de degustación consistía en comparar tres bebidas alcohólicas en una variedad de dimensiones de sabor que servían como medias "no obvias" del consumo de alcohol.

Los resultados indicaron que la amenaza de un shock doloroso no tuvo ninguna influencia sobre la bebida tanto de los alcohólicos como de los no-alcohólicos.

Cuando la variable estudiada fué la ansiedad social, los resultados cambiaron.

Estos mismos autores, Higgins y Marlatt (1973) exploraron los efectos de la ansiedad social sobre la cantidad de bebida consumida en una prueba de degustación. A los sujetos se les dijo que iban a ser evaluados en una escala sobre su atractivo personal por un grupo de mujeres. Esta situación sí incrementó la ingesta de bebida alcohólica en relación con un grupo control al que no se le dijo que iba a ser evaluado.

Los sujetos a los que se les había amenazado de esa evaluación, bebieron casi dos veces más vino durante la tarea de degustación.

Miller, Hersen, Eisler y Hilsman (1974) compararon los efectos que una situación de estrés social tenía sobre la cantidad de trabajo que se realizaba para conseguir alcohol en un grupo de ocho alcohólicos emparejados con un grupo de ocho bebedores sociales. La tasa de bebida se midió viendo la cantidad de trabajo operante realizado por los sujetos para conseguir alcohol, 10 minutos después de haberles producido la situación de estrés. La manipulación de la tensión implicaba confrontar a todos los sujetos con una discusión que exigía una respuesta operante y luego al sujeto se le informaba de lo inadecuado de su respuesta. En ambos grupos encontraron el mismo grado de arousal autonómico frente al estrés. Los resultados indicaron que los sujetos alcohólicos realizaron después de la situación más trabajo operante para conseguir alcohol. Los autores interpretaron los datos como resultado de un aprendizaje previo, de los sujetos alcohólicos, a responder a las situaciones de tensión social de forma inadecuada consumiendo alcohol en vez de ser más asertivos, cosa que no ocurría con los bebedores sociales.

Eisler, Hersen, Miller y Blanchard (1975) examinaron la capacidad de aserción de alcohólicos y no alcohólicos vía auto-informe y observación conductual directa. Observaron que los alcohólicos tenían menos dificultades en expresar los sentimientos positivos que -

los negativos. Además, cuanto más ~~ag~~ertivamente se comportaron, menos cantidad de alcohol bebieron.

Marlatt, Kosturn y Lang (1975) diseñaron un estudio de degustación con tres grupos experimentales. Dos de los tres grupos del estudio fueron insultados de forma deliberada por compañeros antes de participar en la tarea de degustación. Al tercer grupo no se le insultó. De los dos grupos que recibieron estas críticas, a uno se le permitió vengarse del insultante administrándole un número fijo de shocks eléctricos dolorosos en un paradigma típico de maestro-alumno. Al otro grupo insultado no se le permitió el desquite. Los resultados indicaron que los sujetos que habían sido insultados y no habían podido responder, consumieron la mayor cantidad de bebida alcohólica durante la tarea de degustación y el grupo que se pudo desquitar, fué el que menos consumió. Siendo la -diferencia ampliamente significativa.

La facilitación de la expresión de sentimientos negativos tales como la agresividad, se ha observado en los estudios de Shuntich y Taylor (1972) y Taylor y Ganmon (1975) utilizando el paradigma de Buss (1961) con algunas modificaciones. Un compañero (la víctima) y el sujeto (el profesor todopoderoso) competían en -una tarea de tiempo de reacción; al ganador se le pedía que eligiera la intensidad del shock que debía administrarse al perdedor. Se hizo un programa de forma que se tuviera la posibilidad de perder el 50% de las veces. Los resultados indicaron que aquellos sujetos -que habían recibido alcohol utilizaron los niveles más altos de intensidad de shock comparados con un grupo -

placebo y un grupo control. En el segundo estudio encontraron que los sujetos que habían recibido una dosis más alta de alcohol, emplearon niveles más intensos de shock. El grupo control que no había tomado alcohol, utilizó niveles de intensidad de shock intermedios y los sujetos con niveles bajos de consumo dieron shocks muy bajos, siendo esto sugestivo de un efecto inhibitorio de la agresión con la ingesta de dosis bajas de bebida alcohólica.

Boyatzis (1974) registró en video-tape el comportamiento de sus sujetos en una tarea de competición antes y después de haber ingerido diferentes dosis de alcohol. Los sujetos que tuvieron niveles de alcoholemia superiores a 0,100 dieron más respuestas agresivas que los sujetos que no llegaron a alcanzar ese nivel de alcohol en sangre. Sin embargo, cuando los estudios se complican en diseño, se tiende a encontrar que las variables tales como las expectativas de los sujetos son más importantes que los efectos farmacológicos del alcohol.

Lang, Goeckner, Adesso y Marlatt (1975) en un estudio de diseño factorial $2 \times 2 \times 2$, informaron a la mitad de sus sujetos que estaban bebiendo una combinación que tenía alcohol y a la otra mitad que bebían agua tónica. La mitad de cada uno de estos grupos recibió alcohol y la otra mitad agua tónica. A la mitad de cada uno de estos grupos se les puso en una situación que facilitaba una respuesta agresiva siendo insultados por un compañero y a la otra mitad de los cuatro grupos se les expuso a una situación -

neutral. Los sujetos que creían que habían consumido alcohol, fueron los más agresivos.

2.3.2.- MODELADO SOCIAL E INFLUENCIA DEL GRUPO EN LA CONDUCTA DE BEBER.

El supuesto básico del que se parte es que las pautas de bebida excesiva están influenciadas de forma significativa por la interacción social. La bebida parece incrementarse por las propiedades reforzantes de esta interacción social, permitiendo al individuo realizar unas pautas de conducta que no tiene disponibles cuando está sobrio.

Mendelson, Mello y Solomon (1968) estudiaron a un grupo de varones alcohólicos, amigos que se habían emborrachado juntos en varias ocasiones. Trabajaron en una situación de laboratorio que poseía un depósito de alcohol común a todos. Cada sujeto podía conseguir más alcohol para el depósito si se manejaba bien en un parque de conducir "simulado". Cualquiera de ellos, independientemente de si había ayudado a llenar o no el depósito, podía beber en cualquier momento. La conducta de los sujetos se asemejó rápidamente a los roles que el grupo tenía fuera de la situación -- del laboratorio, observándose que la conducta de bebida del líder tuvo una influencia directa sobre las pautas de consumo del resto del grupo.

Goldman, Taylor, Carruth y Nathan (1973) investigaron los efectos de las normas del grupo sobre el consumo de alcohol en cuatro alcohólicos crónicos. El grupo de sujetos decidía preriódicamente cuándo - comenzar a beber, cómo beber y cuándo parar. Estas - decisiones se hacían cada dos horas y durante 16 horas al día. Las decisiones tomadas en grupo redujeron de forma significativa la cantidad de bebida consumida por cada uno de los individuos. Cuando las decisiones se hicieron individualmente, la cantidad de bebida consumida se incrementó.

En un trabajo pionero de Mendelson y Mello (1968) en el que dieron la posibilidad de consumir alcohol a sujetos alcohólicos crónicos, se puso en evidencia la importancia de los factores de interacción social en determinar la periodicidad de los episodios de bebida ya que la determinación de un período de bebida ilimitada durante 16 días fué interrumpido cuando uno de - los alcohólicos decidió dejar de beber.

Bigelow, Griffiths y sus colaboradores del Baltimore City Hospital observaron la importancia de la oportunidad de socialización en la conducta de bebida. En el primer estudio Bigelow, Liebson y Griffiths - - (1973) dieron la oportunidad a un grupo de 8 alcohólicos de tener acceso libre a las bebidas alcohólicas - entre las 7 a.m. y las 11 p.m. Durante el período de línea base, los sujetos podían estar en todos los lugares del Centro y el consumo de alcohol no era contíngente. En este período de línea base, los sujetos consumieron el 93,4% de todo el alcohol disponible. La fa

se experimental supuso una situación de aislamiento contingente durante 10-15 minutos inmediatamente después de obtener la bebida alcohólica. El consumo en esta fase descendió al 45,6% del alcohol disponible. Los autores que habían realizado un diseño ABA, reestablecieron las condiciones de la línea base, encontrándose un incremento del consumo a un 96,4% del total disponible. En el segundo estudio, Griffiths, Bigelow y Liebson (1974) dieron la posibilidad de tomar 17 onzas de alcohol con zumo de naranja a seis sujetos alcohólicos más, pero se les exigió un período de aislamiento de 40 minutos contingentes al consumo de alcohol. Durante la línea base, los sujetos consumieron el 80% del alcohol disponible, mientras que en la fase de aislamiento, la bebida se suprimió enteramente.

La influencia de modelos sobre las pautas de bebida ha sido fundamentalmente estudiada por Marlatt y sus colaboradores. Caudill y Marlatt (1975) partieron de la hipótesis de que un sujeto que fuera expuesto a un modelo de consumo importante debería de beber más cantidad que aquel sujeto sin modelo. En el estudio que diseñaron participaron 48 sujetos clasificados como bebedores sociales importantes. Fueron divididos en tres grupos. Un grupo fué expuesto a un modelo de alto consumo, otro grupo no tuvo modelo y un tercer grupo fué expuesto a un modelo de bajo consumo. A su vez, los modelos fueron divididos en modelo "cálido", amistoso y modelo "frío" y poco amistoso. Todos los sujetos participaron en una tarea de degustación de sabor de tres clases de vinos. Los resultados indica-

ron que los sujetos expuestos a un modelo de alto consumo bebieron más que los sujetos expuestos a un bajo consumo o cuando bebieron sólo.

Alterman, Gottheil, Skoloda y Grasberger (1974) trabajaron con 44 varones alcohólicos que participaron en su programa de tratamiento FIAD, siendo asignados a dos grupos diferentes. El primer grupo de 20 sujetos recibió un conjunto de instrucciones durante la fase pre-bebida, en el que se les informaba del beneficio que podían obtener en el programa de tratamiento si realizaban una bebida moderada durante el período de bebida siguiente. Esta bebida se les dijo, les permitiría observar los efectos que tenían sobre su conducta unos pocos tragos, incrementando su conocimiento de las circunstancias en las que ellos bebían y probándose su control con la bebida. Al segundo grupo de 24 sujetos se le dijo la importancia de ser capaces de rechazar bebidas y aprender conductas alternativas a beber. Durante los grupos de encuentro realizados antes de iniciar el período de bebida, se hicieron numerosos comentarios reforzantes por diversos compañeros tanto de la abstinencia como de la bebida moderada a 15 de los 24 sujetos de la abstinencia y a 9 de los 20 de la bebida controlada.

Trece de los 20 pacientes bebieron de forma moderada y 16 de los 24 realizaron abstinencia. De los 15 que habían recibido comentarios positivos para la abstinencia, la practicaron 14 incrementándose la probabilidad de la abstinencia conseguida en parte por las instrucciones dadas a los sujetos.

Con vistas a estudiar la generalización de es los resultados con poblaciones y procedimientos de evaluación diferentes, Cooper, Waterhouse y Sobell, (1979) estudiaron la influencia del sexo del modelo en un grupo de mujeres y varones. En total participaron 64 sujetos en una tarea de degustación de bebida donde se controlaron como variables dependientes: los milímetros de vino consumido, el número de tragos y la magnitud de cada trago. Los resultados indicaron que los sujetos que bebieron más vino de forma significativa eran los que estuvieron expuestos a modelo de consumo alto, que bebieron más de - dos veces que los individuos en las condiciones de modelo de bajo consumo y control.

Finalmente, Reid (1978) estudió las influencias de los modelos en la tasa de bebida de sujetos en un ambiente natural. Las variables que codificaron los observadores fueron: cantidad de bebidas consumidas, número de tragos por bebida, tiempo que el sujeto estuvo en el bar, número de veces que el camarero sugirió el beber y número de iniciaciones espontáneas del sujeto. Los sujetos fueron expuestos a modelos cálidos o fríos que bebían en forma cuantiosa o ligera. El modelo se sentaba al lado del sujeto que en ningún momento sabía que le estaba observando. Los resultados confirmaron los obtenidos en los demás estudios: los modelos "cálidos" de baja tasa - incrementaron el tiempo de permanencia de los sujetos en el bar y descendieron la tasa de bebida en comparación con los modelos de alta tasa, que incrementaron

el número de bebidas en los sujetos, aunque los modelos "fríos" descendieron el tiempo que los sujetos permanecieron bebiendo. Todo, pues, parece sugerir - la enorme importancia de la interacción social en la bebida y la influencia de los demás en las diversas - pautas de consumo.

2.3.3.- LA PERDIDA DE CONTROL Y LA NECESIDAD COMPULSIVA

Una de las creencias más arraigadas en el campo del alcoholismo ha sido la idea de que se trata de - una enfermedad irreversible, hasta el punto de existir una serie de máximas tales como "una vez alcohólico, - siempre alcohólico", "una bebida, una borrachera", etc. que han calado hondamente en nuestra cultura.

Esencialmente se cree que una vez que la persona ha llegado a ser alcohólica (ser físicamente dependiente del alcohol) y deja de beber, cualquier bebida posterior llevará a un descontrol. La pérdida de control (determinada fisiológicamente) ha sido, pues, la pieza clave del concepto tradicional y en muchas ocasiones - persiste todavía, a pesar de la acumulación de evidencia en su contra.

El alcoholismo se asocia con el concepto de necesidad compulsiva, definida como una "pérdida de control" sobre la bebida y que implica que "cada vez que el sujeto comienza a beber se siente compulsivo a continuar - hasta que busca un estado de intoxicación grave" (Nardones, 1963). Sin embargo, éste es un pensamiento circun-

lar y tautológico, ya que el concepto de "necesidad compulsiva" se define por la conducta que intenta ex plicar.

Las referencias más antiguas en la literatura médica sobre la pérdida de control aparecen en 1819, aunque fundamentalmente el concepto se traza cuando -alcohólicos anónimos recogen la formulación de Jellineck "cualquier ingesta del alcohol comienza una reacción en cadena que se vive por el bebedor como una de manda física de alcohol". (A.A. 1953).

Keller (1972) piensa que la pérdida de control -se extiende a la iniciación de una borrachera y que es te hecho es el aspecto esencial o patognomónico de la enfermedad. Desde este punto de vista, la pérdida de -control aparece sólo inconsistentemente, lo mismo ocurre con los síntomas de otras enfermedades.

Habitualmente el término "necesidad compulsiva" se ha utilizado para dar cuenta de la perpetuación de la bebida que sigue a la ingestión de algo de alcohol por el alcohólico.

Existen varias hipótesis que han intentado explicar el proceso subyacente de la pérdida de control sobre la bebida, como ya vimos con anterioridad en el modelo tradicional de alcohólico. Los autores que propugnan el modelo médico parecen estar de acuerdo en que -una cantidad pequeña de alcohol actúa como "mecanismo desencadenante" que activa el proceso de adicción llevando a un consumo involuntario subsecuente hasta la -intoxicación.

El proceso fisiológico específico que se supone produce este efecto difiere entre los teóricos, oscilando desde los que afirman la existencia de un metabolismo celular alterado que "llega a estar condicionado por la 'señal' de la primera bebida" (Jellinek 1960), a la parálisis de los "centros de control" del cerebro iniciado por los efectos del alcohol (Macleod, 1955) o la activación de un circuito neuronal específico situado en el hipotálamo que elicitla la necesidad compulsiva para el alcohol (Marconi, Poblete, Palestini, Moya y Bahamondes, 1970). No obstante, todas estas teorías tienen en común el supuesto de que son los efectos físicos del alcohol los responsables de la elicitación de la bebida incontrolada en el alcohólico, iniciada mediante un proceso fisiológico. De estas teorías se deduciría que la pérdida de control debería darse en todas las situaciones y ocurriría tanto en un lugar natural como en un lugar controlado (laboratorio).

Antes de revisar los estudios realizados en el laboratorio que han obtenido evidencia en contra de procesos fisiológicos y a favor de factores psicológico-ambientales que expliquen la pérdida de control, resaltaremos los informes verbales de los sujetos alcohólicos respecto a las causas a las que ellos atribuyen el comenzar a beber. Ya que, en general, el adicto al alcohol suele invocar la "necesidad compulsiva" para el alcohol como una razón para comenzar a beber - menos frecuentemente que el clínico tradicional.

Ludwig (1972), en un cuestionario de seguimiento de 161 alcohólicos que volvieron a beber después del -

tratamiento, mostró que sólo un 1% atribuía a la - - "necesidad compulsiva" su bebida y que un 25% la atribuía al estrés psicológico seguido de "no razón especial", problemas familiares y efectos positivos del - alcohol.

Litman, Eiser, Rawson y Oppenheim (1979) realizaron una investigación empírica respecto al inicio - de una nueva recaída, utilizando un cuestionario, en una muestra de 120 sujetos alcohólicos (85 varones y 35 mujeres). Se realizó un análisis discriminante entre los que habían tenido recaídas y los que no. El resultado de un análisis de componentes principales - indicó que los precipitantes de la recaída podían ser categorizados en: 1) afectos no placenteros, 2) sucesos externos y situaciones de alegría, 3) ansiedad social, y 4) menor vigilancia cognitiva. La recaída parecía estar en relación con determinados estilos de - enfrentamiento o manejo de situaciones. Los resultados sugerían que el control cognitivo y la flexibilidad - de manejo de situaciones eran más características de los que no tenían recaídas.

Marlatt (1973) evaluó 48 casos, de los cuales - un 29% indicó que bebían por su incapacidad para expresar su agresividad y frustración, 23% incapaces de resistir la presión social, de lo cual difícilmente se - deduce el estado de "necesidad" y 21% incapacidad para resistir tentación intrapersonal para beber, en el que quizás, podría incluirse el concepto de "necesidad compulsiva".

A través de los años las explicaciones de la "necesidad compulsiva" han sido múltiples, tanto en el rango psicológico como con bases biológicas. La noción de una predisposición bioquímica ha sido reemplazada de forma gradual por los conceptos de la teoría del aprendizaje, la cual argumenta que los estímulos de alcohol elicitán una secuencia de bebida compulsiva debido a que la repetición de dicha conducta ha adquirido un repertorio muy amplio de estímulos condicionados, tanto internos como externos, en el sujeto.

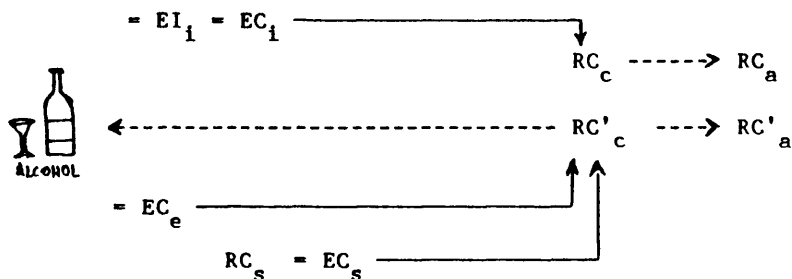
De acuerdo con estas teorías, se debería esperar que, según progresa la "carrera" del bebedor, el hábito de la bebida fuera cada vez más fuerte, más estereotipado y más difícil de cambiar. Como resultado de un gran número de repeticiones reforzantes, las señales asociadas cada vez son mayores, unido a ello el intento de escapar de los trastornos del síndrome de abstinencia o las expectativas de que éste aparezca, refuerza aún más el consumo.

La forma más completa de explicación de este proceso de condicionamiento ha sido elaborada por Ludwin y su grupo de colaboradores. Ludwig y Wikler (1974) y Ludwig, Wikler y Stark (1974) realizaron una investigación para evaluar los efectos de la administración de diferentes dosis de alcohol en diferentes situaciones y su repercusión en la información por parte de los sujetos de haber experimentado "necesidad compulsiva".

Los sujetos fueron 24 alcohólicos desintoxicados asignados aleatoriamente a la situación experimental y control. Los resultados indicaron que era la interacción de variables situacionales y la administración de alcohol las que ejercían un efecto más profundo en elicitar respuestas de búsqueda de alcohol, principalmente durante el descenso de la curva del BAC (Blood Alcohol Concentration).

El paradigma que los autores sugieren es el siguiente: atribuyen al alcohol propiedades de un estímulo incondicionado EI_1 y de estímulo condicionado EC_s . El EI_1 actúa interoceptivamente produciendo en un no alcohólico ciertas respuestas fisiológicas, aquellas características de una intoxicación alcohólica aguda. En el alcohólico físicamente dependiente y con tolerancia, a los efectos iniciales del alcohol les siguen pronto los fenómenos de la abstinencia (por ejemplo: taquicardia, temblor) y las acciones interoceptivas del alcohol adquieren las propiedades de un estímulo condicionado CS_1 que evoca respuestas condicionadas de abstinencia, incluyendo la "necesidad" (CR_e) y debido a los concomitantes del condicionamiento operante (a causa de la supresión del síndrome de abstinencia de beber), se produce la adquisición de alcohol condicionada (CR_{aa}). Como un estímulo condicionado, las acciones del alcohol pueden, por tanto, evocar fenómenos de abstinencia condicionada muy posteriormente a la cesación de la intoxicación de alcohol crónica y a la desaparición de la dependencia física incondicionada.

El alcohol como estímulo condicionado EC_e fortalece la tendencia a responder posteriormente. Las propiedades del EC_e pertenecen no sólo al color, olor, -sabor del alcohol, sino, también, a la presencia de la botella y otras señales exteroceptivas asociadas a los momentos de beber. Este EC_s actúa a través de dos rutas para llevar a la necesidad y adquisición del alcohol. Una RC_s = respuestas fisiológicas y psicológicas, y otras EC_e que llevan directamente a RC_c = que evoca la "necesidad".



Las dos $RC_a + RC'_a$ actuando conjuntamente llevan a más consumo de alcohol y se puede volver a reiniciar otra vez el proceso.

Ludwig, Bendfeldt, Wikler y Cain (1978) explicaron el fenómeno de la pérdida de control afirmando que "la necesidad compulsiva para el alcohol representa el correlato cognitivo de un síndrome de abstinencia subclínico La necesidad compulsiva puede ser iniciada bien por señales interoceptivas, p. ej. : la ingesta de alcohol que estimule receptores neuronales cere-

brales, o señales exteroceptivas, situacionales ambientales asociadas con bebida anterior cuantiosa o con los efectos físicos y psicológicos de experiencias previas de abstinencia....tal situación parece necesaria pero no suficiente para la recaída mientras la "necesidad compulsiva" puede iniciar la bebida, la recaída se facilita a través de un fenómeno complementario a la pérdida de control y tal estado conductual se caracteriza por la relativa incapacidad para responder a señales internas o externas que regulan el consumo de alcohol" (pag. 92).

Ellos postulan que la pérdida de control puede estar relacionada con un disfunción de feedback neurofisiológico en los alcohólicos que produce un déficit relativo en su capacidad para regular la ingesta de alcohol al utilizar señales exteroceptivas adecuadas, tales como contar el número de bebidas consumidas, beber sólo en situaciones sociales determinadas, y más aún a señales interoceptivas - - tales como percibir la intoxicación o los trastornos del lenguaje o motores. Estos tipos de señales pueden considerarse como una fuente de feedback informativo relevante para limitar o regular la tase y cantidad de bebida. En la medida en que una persona tiene en cuenta estas fuentes de feedback, mostrará una bebida controlada; en la medida en que no lo haga o no pueda hacerlo, presentará pérdida de control.

Para buscar más evidencia a su explicación - - teórica diseñaron otro estudio cuyo objetivo era evaluar la habilidad de alcohólicos y bebedores sociales

para mantener su alcoholemia en un determinado nivel, mediante señales interoceptivas. En dos sesiones experimentales se proporcionó un falso feedback a los sujetos que tuvieron que hacer 10 decisiones sobre beber o no, a intervalos de 15 minutos para mantener su nivel de alcoholemia.

El estudio se hizo con 40 varones alcohólicos y 20 sujetos control.

Con los datos se hizo un análisis de varianza - multivariado intentando precisar los efectos de las - siguientes variables dependientes:

1. Nivel de alcoholemia (BAC)
2. Número de bebidas tomadas en las sesiones experimentales.
3. Promedio de desviación del rango de alcoholemia establecida.
4. Errores interoceptivos de comisión.
5. Errores interoceptivos de omisión, en función de:
 - a) el tipo de bebedor (alcohólico o control)
 - b) la sesión (sobre-feedback, sub-feedback)
 - c) la interacción tipo de bebedor y sesión.

Los resultados apuntan a apoyar la teoría de que los alcohólicos como grupo poseen una incapacidad relativa para modular el consumo del etanol sobre la base de señales interoceptivas; aunque el estudio está limitado por la utilización de información falsa sobre el BAC, parece que esta dificultad puede compararse a la

dificultad que también se encuentra en las personas obesas para regular su ingesta en base a las señales interoceptivas (Stunkard, 1976).

Su conclusión es que los alcohólicos como un grupo, a pesar de los informes de bebida controlada, no parecen poseer el proceso interoceptivo necesario para modular su bebida cuando las señales exteroceptivas son insuficientes para compensar sus déficits internos.

Datos de auto-informe

Ha sido conocido generalmente que el alcohólico sobrio tiende a ser un informador poco fiable de lo ocurrido mientras estaba bebido. La descripción de su experiencia de bebida puede sufrir de su incapacidad para recordar los detalles de la experiencia o de los intentos de anticipar las expectativas de su entrevistador. Sin embargo, la mayor parte de nuestra información sobre las pautas de bebida del alcohólico y su conducta durante los episodios de bebida la apoyamos en estos informes retrospectivos durante el período de sobriedad.

Una creencia sincera en el concepto de "necesidad compulsiva" puede tener ventajas e inconvenientes psicológicos para el sujeto alcohólico (Mello, 1975). Su aceptación excusa al alcohólico de cualquier responsabilidad de su conducta de beber después de que ha consumido la primera bebida. Y esto es muy útil frente

a una familia airada o un terapeuta frustrado. Pero esta excusa puede llegar a ser la base de un miedo - supersticioso. Una vez que el alcohólico comienza a beber, tiene que manejarse con el miedo a la inevitabilidad de la pérdida de control, perpetuando la bebida hasta el punto de que sus miedos se realizan. Es decir, el alcohólico que está convencido de que la consecuencia inevitable de la iniciación de una experiencia de bebida es la pérdida de control, puede sentirse compelido a realizar las consecuencias independientemente de cualquier determinante fisiológico de la compulsión.

Existen algunos estudios en los que, dando al alcohol en determinadas circunstancias a sujetos alcohólicos, éstos no han informado de haber tenido esa "necesidad compulsiva de beber" después de haber ingerido dicha cantidad de alcohol. Un trabajo pionero fué realizado por Merry (1966) el cual dió a un grupo de sujetos alcohólicos una cantidad de vodka combinado con naranjada y a otro grupo de sujetos les dió sólo naranjada. Al preguntarles sobre su "necesidad" de alcohol después de realizado el experimento no encontró ningún dato que pudiera apoyar esta "necesidad". No hubo diferencias en intensidad de necesidad de beber entre el grupo que sólo había bebido naranjada y el grupo que había bebido la mezcla de alcohol.

Davis (1971) dió alcohol a un grupo de 10 sujetos alcohólicos en dos diferentes dosis: baja (16 onz) y alta (26 onz.), durante 5 días consecutivos. Ningún

sujeto indicó sentir "necesidad compulsiva" para el alcohol después del experimento.

La variable del constructo de "la necesidad - compulsiva" puede ser mejor estudiada a través de la observación de la conducta del alcohólico. Dado que la conducta verbal es a menudo poco fiable, la observación de la conducta de beber debería ofrecer un test más poderoso de la hipótesis de "necesidad compulsiva"; por ejemplo: si un alcohólico se observa que consistentemente bebía compulsivamente -- hasta un estado grave de intoxicación después de consumir pequeñas cantidades de alcohol, debería proporcionar confirmación empírica para la hipótesis de la "necesidad compulsiva". Sin embargo, los resultados experimentales no confirman esta hipótesis.

Observaciones directas de la conducta de beber

Los estudios en que se ha observado directamente la pérdida de control se pueden agrupar en cuatro categorías:

- 1.- Datos sobre la pérdida de control y manejo operante del consumo de alcohol.
- 2.- Datos sobre la bebida ad libitum.
- 3.- Datos sobre bebida subrepticia y pérdida de control.
- 4.- Datos sobre la relación entre las creencias y expectativas de los sujetos y el fenómeno de la pérdida de control.

1.- Pérdida de control y trabajo operante

En general, los resultados obtenidos en los diversos estudios permiten afirmar que la cantidad de alcohol consumida por un alcohólico es función de la cantidad de trabajo (tarea operante) exigida para conseguir el alcohol.

Los trabajos más importantes son los de Mello y Mendelson (1965, 1966, 1968a, 1968b, 1972, 1973) y Nathan y su grupo de colaboradores (1970a, 1970b, - 1971, 1972).

Mello y colaboradores (1968) exigieron a un grupo de sujetos que hicieran 16 respuestas correctas - consecutivas en una tarea de alerta para ganar 10 ml. de bourbon, y a otro grupo se le pidió 32 respuestas. Aquellos sujetos a los que se les pidió trabajar la mitad para beber alcohol bebieron 2 veces más que el otro grupo.

Además se encontró otra evidencia más para su capacidad de control y fué que tendieron a trabajar - de forma similar en cuanto a la cantidad conseguida - en cada día de sesión. La mayoría de los sujetos tendieron a ganar entre 1 y 2½ onzas antes de beber. Los sujetos raramente trabajaban mientras bebían y todos mantenían una pauta de intervalos discretos trabajo-bebida durante 2 meses. Esta disociación fué sorprendente ya que no se les había pedido nada similar y - cada onza de alcohol podía conseguirse en unos 5 minutos de tarea rápida y estable.

El hecho de que los episodios de bebida no fueran mantenidos indica un control voluntario sobre la bebida. Y el que la cantidad de alcohol consumido - por un alcohólico pueda ser manipulada por la cantidad de trabajo exigida para obtenerlo argumenta fuertemente contra la aplicación general del concepto de "necesidad compulsiva".

Nathan y su grupo de investigación (1971) han obtenido resultados similares en un conjunto de estudios en el laboratorio que intentaban clarificar la interacción alcohol y alcohólicos.

Se realizaron tres estudios, de los cuales el primero se hizo para conseguir una cierta "línea-base de la conducta de los alcohólicos respecto a la bebida y los otros dos para estudiar la relación pérdida de control - contingencias de refuerzo.

Método:

Se estudiaron sólo varones, 4 en cada estudio, voluntarios para la investigación.

Todos los sujetos debían reunir las condiciones siguientes:

- a) Historia de bebida caracterizada por períodos de prolongadas embriagueces durante los 5 años anteriores.
- b) Historia de síntomas de abstinencia por el alcohol.
- c) Ausencia específica de los siguientes trastornos: alteraciones neurológicas incluyendo crisis; trastornos psicóticos; enfermedades hepáticas.

tica, renal, pulmonar, cardiaca, gastrointes-
tinal o genitourinaria; alteraciones metabó-
licas específicas.

- d) No haber tomado alcohol en las dos últimas -
semanas antes de entrar en la unidad de alco-
hol.
- e) No historia de adicción a otras drogas.
- f) No necesidad de tratamiento médico actual.

Cada sujeto seleccionado se le podía clasificar como
un alcohólico "gamma".

Lugar :

En cada habitación del paciente había una con-
sola operante, todas tenían circuito de TV cerrado y
un bar.

Datos:

Se obtuvieron tres tipos de datos:

1.- Índices operantes:

Cada consola operante que estaba en la habitación
le permitía al sujeto ejecutar una tarea que le apor-
taba fichas que eran canjeables en bebida alcohólica
o tiempo fuera del aislamiento, en determinados momen-
tos del estudio.

El programa operante fué de Razón Fija 150, dise-
ñado de forma que el sujeto pudiera, trabajando con -
el máximo de eficacia, obtener 4 onzas de bebida alco-
hólica a la hora.

2.- Datos de observación:

Inventario conductual que categorizaba su conducta en varias dimensiones:

- actividad que estaba realizando, dónde la realizaba y su persistencia en dicha actividad.
- anomalías conductuales; p.ej. : temblor.
- apariencia física
- lista de adjetivos sobre su "estado de ánimo".

3.- Medidas físicas y fisiológicas:

- medidas de ataxia
- signos de vitalidad:
 - . temperatura
 - . pulso
 - . presión sanguínea
 - . tasa respiratoria
- nivel de alcoholemia: 3 veces al día.

EXPERIMENTO I: Se compuso de tres estudios de 18, 24, y 30 días, respectivamente, divididos en tres períodos separados. Cada estudio comenzó con un período control de 6 días sin beber, de los cuales 3 estaban en aislamiento y 3 socializados, lo mismo que los días de bebida. Durante este período de control el sujeto podía trabajar en la tarea operante para acumular puntos y canjearlos en los períodos experimentales. Después había días de bebida y, finalmente, otros seis

días post-bebida, también con aislamiento o socialización.

Resultados: Los 3 estudios indicaron que la tasa de respuesta operante para conseguir puntos canjeables y la tasa de puntos dedicada al alcohol estuvo fuertemente influenciada por la disponibilidad de alcohol. Todos los sujetos paraban de trabajar o hacían a ritmo muy lento su respuesta operante, por períodos más o menos largos de tiempo, tan pronto como disponían de alcohol. Los sujetos habitualmente recomenzaban su trabajo operante sólo cuando habían gastado todos sus puntos o se les iban a terminar muy pronto. Cuando esto ocurría, hacia el fin de la semana de bebida, se trabajaba sólo lo suficiente para acumular los puntos necesarios para 1 ó 2 tragos a la vez.

10 de los 11 sujetos informaron espontáneamente de un incremento en ansiedad, depresión, hostilidad y niveles más bajos de energía al segundo o tercer día de beber.

La bebida cuantiosa durante los primeros días de bebida fué porque habían acumulado un número grande de puntos durante el período pre-bebida y bebieron menos cuando tenían que trabajar para beber; cuando se abstuvieron fué porque habían gastado todos los puntos o por su propia ambivalencia hacia la bebida.

EXPERIMENTO II: Se compuso de 2 estudios, cada uno de 30 días de duración, y sólo se diferenciaban en la disponibilidad de bebidas que fueron de alta o baja graduación.

Otra variable diferente, en relación con el experimento I, fué que los sujetos podían gastar - sus puntos para salir de su aislamiento (a razón de 20 puntos por 15 minutos fuera de la habitación) o para conseguir bebida.

Resultados: Sólo 2 sujetos canjearon sus puntos para salir del aislamiento.

EXPERIMENTO III: Se diseñó un cambio en el ambiente físico para incrementar su similitud con el medio habitual donde los sujetos alcohólicos crónicos vivían y bebían.

Sólo se hizo un estudio. El bar fué abierto de 1 a 3 y de 5 a 11 p.m.

A los sujetos no se les dijo, a diferencia de los experimentos anteriores, ni la frecuencia ni la duración de los períodos programados de bebida y socialización.

Resultados: Los sujetos del estudio bebieron tanta cantidad en los primeros días como en los de los experimentos anteriores, y consiguieron un nivel de alcoholemia similar, aproximadamente 200 c.c., y gastaron sus puntos con similares tasas, pero bebieron menos - en los días intermedios y finales, manteniendo su BAC a nivel más bajo. Gastaron más puntos en socialización en el bar, llegando a ser éste el punto focal para la conducta social en la unidad, e informaron de más ansiedad y depresión durante el aislamiento que durante la socialización.

Los resultados son, pues, similares a los del grupo de Mendelson y Mello y sugieren que la motivación para el alcohol es una interacción compleja de la disponibilidad y del esfuerzo requerido para conseguirlo. Por supuesto, la observación de que la ingesta de alcohol por un alcohólico puede modificarse por el coste de las contingencias en una situación experimental tiene unas implicaciones terapéuticas importantes y necesarias de manejar. Sin embargo, es preciso señalar la aparente contradicción entre los datos obtenidos en el laboratorio respecto a la influencia que sobre la conducta de beber tienen las contingencias de refuerzo y el fallo que en la vida real se da de este manejo. La explicación más aparente parece estar en la diferencia del gradiente de demora, tanto de los refuerzos como de los castigos, en una y otra situación, ya que en la vida real generalmente los posibles castigos, como la pérdida del trabajo o de la familia, ocurrirá al cabo de meses o años de estar realizando la conducta, - - mientras que en el laboratorio los refuerzos ocurren sin demora o con una demora muy pequeña.

Dentro de este contexto de estudios operantes sobre la ingesta de alcohol también se encuentran los realizados por Cohen y colaboradores (1971 a,b). Su finalidad fué demostrar con datos objetivos que la "pérdida de control" después de la primera bebida puede controlarse mediante un programa de refuerzos positivos. Los sujetos que participaron en el estudio fueron 4 varones de edades comprendidas entre los 28

y los 39 años, que habían perdido el trabajo y se les había tenido que ingresar a causa del alcohol. El refuerzo utilizado fué dinero que se conseguía por estar totalmente abstinente. En el experimento se manipularon tanto la demora del refuerzo como la cantidad de dinero y éstos afectaron tanto a la cantidad de consumo como al tiempo que estuvieron sin beber. Todos los sujetos pudieron parar de beber y no perder el control.

Bigelow, Cohen, Liebson y Faillace (1972) trabajaron con un grupo de 19 varones alcohólicos voluntarios a los que se les dió la posibilidad de beber alcohol pero de forma que las contingencias reforzantes ocurrieran con una bebida moderada o, incluso, con abstinencia. El tipo de refuerzos que se utilizó fué la posibilidad de vivir en un medio más enriquecido física y socialmente. A los sujetos se les dió a beber una onza de licor y se les permitió beber hasta un límite, de 6 onzas, en un período de dos horas. Los sujetos fueron clasificados, en función de su consumo, en abstinentes, moderados (bebieron entre 1 y 5 onzas) y excesivos (más de 5 onzas).

Los resultados indicaron que sólo un 9,7% de los sujetos bebieron de forma excesiva cuando estuvieron en período de refuerzos contingentes, mientras que todos bebieron de forma excesiva en los días no contingentes. La abstinencia la eligieron únicamente un 13,7% de su tiempo y la moderación el 76,6% de su tiempo.

Bigelow, Liebson y Griffiths (1974) trabajaron con un grupo de 10 alcohólicos varones, con un diseño intrasujeto cuyo objetivo fué controlar la cantidad de bebida consumida mediante la contingencia de aislamiento social al beber alcohol. Se dejó un período de línea-base de control durante el cual se podía beber libremente. Un segundo período en el que se -- hacía aislamiento contingente después de cada bebida y cuya duración osciló de 3 a 13 días, y un tercer período en el que se volvió a las condiciones de la línea-base. El aislamiento contingente descendió de forma importante la cantidad de bebida consumida, - cambiando desde un consumo medio del 94,6% del alcohol disponible a un 52,1% de la bebida alcohólica - disponible.

Paredes, Hood, Seymover y Gollob (1973) presentaron en su estudio evidencia de que los alcohólicos pueden controlar su bebida si se les permite beber - en un medio en el que se regulan ciertas variables - sociales. A un grupo de 131 sujetos, que poseían las características para ser considerados alcohólicos - gamma, con una edad media de 43 años se les explicó que iban a participar en un estudio en el que iban a consumir alguna cantidad de alcohol de forma que - iban a aprender algo sobre su problema y sobre sí -- mismos. Todos fueron sujetos voluntarios que se hospitalizó en una unidad de 12 camas y donde debían - permanecer durante 5 semanas. La experiencia de bebida fué exponer al sujeto a cantidades importantes de alcohol durante dos días consecutivos desde la 1,30 a

las 10 p.m.. El período de bebida se precedió por dos semanas de abstinencia. Un grupo de 101 sujetos completó las 5 semanas de estancia en el hospital. Se consiguieron períodos de bebida controlada en 27 de un grupo de 30 sujetos que recibieron alcohol en las sesiones experimentales. Ningún sujeto abandonó el tratamiento a pesar de que tuvieron -- que estar dos semanas más sin beber. Los autores señalan que ningún sujeto se embriagó en las sesiones experimentales.

Todos estos estudios confirman los aspectos operantes del fenómeno de la "pérdida de control", ya que los sujetos alcohólicos fueron capaces bien de parar totalmente su bebida, bien de beber moderadamente en función de las condiciones ambientales y ello aunque hubiese alcohol disponible para beber.

2.- Datos sobre bebida ad libitum y pérdida de control

La hipótesis de "necesidad compulsiva" debería predecir que los alcohólicos a los que se les daba la oportunidad de beber cantidades amplias de alcohol deberían rápidamente beber hasta la embriaguez. Sin embargo, a ningún alcohólico al que se le ha dejado beber libremente ha mostrado pérdida de control de beber o tendencia a beber hasta la embriaguez.

En los trabajos de Mello y Mendelson (1970, - 1972), en los que se permitía a sujetos alcohólicos el libre acceso a bebidas alcohólicas en cantidad il

mitada durante períodos de tiempo largos que oscilaron entre los 30 y los 60 días, los hallazgos indicaron que los sujetos iniciaban y terminaban sus -- episodios de bebida de forma espontánea y ningún sujeto consumió altas dosis de alcohol durante más de 20 días consecutivos, datos que vuelven a confirmarse en otras investigaciones (Mendelson y otros, 1968, Nathan y otros, 1970 a, b; 1971). Es decir, los alcohólicos raramente bebieron todo el alcohol disponible y esto fué especialmente llamativo en los estados tardíos de los episodios de bebida prolongados.

Ningún sujeto al que se le permitió decidir - su propio volumen y frecuencia de ingesta de alcohol ha mostrado pérdida de control sobre su bebida y - ningún sujeto al que se le dió la oportunidad de beber 32 onzas de alcohol por día ha consumido todo - el alcohol disponible durante un período de 15 días. Asimismo, ningún sujeto bebió de forma que mantuviera su alcoholemia en un nivel estable, tanto si era contingente a un trabajo como si era una situación de bebida espontánea. (Mello, y Mendelson, 1972).

Quizás uno de los estudios más interesantes realizados en esta área sea el de Gottheil y otros (1971, 1972). En la investigación participaron 98 varones alcohólicos y su objetivo fué enseñar a los alcohólicos su propia capacidad para controlar su bebida. El trabajo duraba 6 semanas, una semana pre-bebida, una - post-bebida y cuatro semanas con un programa fijo de bebida FIDD en las que se les daba la posibilidad de consumir alcohol: 1 ó 2 onzas de alcohol, o no beber

nada cada hora, entre las 9 a.m. y las 9 p.m. Los resultados indicaron que, de los 98 sujetos, sólo 55 - bebieron en alguna ocasión y, de ellos, 32 bebieron de forma moderada aunque no se les había pedido moderación.

3.- Datos sobre bebida subrepticia y pérdida de control
o "necesidad compulsiva".

Tampoco cuando se ha dado alcohol a varones de forma subrepticia se ha podido demostrar con claridad que se incrementa la "necesidad compulsiva", ni la pérdida de control.

Un trabajo pionero fué el de Merry (1966). Dió a un grupo de alcohólicos gamma bebida alcohólica en una mezcla de naranjada con mucho sabor, sin que ellos lo supieran, demostrando que los que recibían bebida alcohólica no se diferenciaban, en un incremento de "necesidad", del grupo al que se le proporcionó una bebida placebo, ni, por tanto, se dió una pérdida de control.

Paredes (1968) y Paredes, Ludwig, Hassenfeld y Cornelison (1969) administrando una cierta cantidad de alcohol (180 ml. de vodka) mezclada con bebida no alcohólica de fuerte sabor a un grupo de sujetos alcohólicos, no precipitaron una bebida descontrolada.

Cutter, Schwaab y Nathan (1970) no lograron inducir un consumo mayor de alcohol en un grupo de alcohólicos que recibieron una dosis importante, ni informaron de cambios en su deseo de beber al no saber que

se les había introducido alcohol en su bebida.

Los mismos resultados se encuentran en el estudio de Engle y Willians (1972). Estos autores estudiaron a un grupo de 40 sujetos hospitalizados a los que se les dió una onza de vodka. Antes de la introducción del alcohol y durante 5 días de prueba, se les dió un combinado de una vitamina con un fuerte sabor. Después de estos 5 días, 20 sujetos fueron asignados, de forma aleatoria, para recibir la onza de vodka en la vitamina sin que se notase el sabor. También aleatoriamente, a la mitad de los sujetos (10) se les dijo que la bebida contenía vodka y los otros 10 sujetos no recibieron ninguna información. Después del experimento, a todos los sujetos se les dió la oportunidad de conseguir más bebida. Los resultados del estudio indicaron que el consumo de la onza de vodka no incrementó el deseo de beber en aquellos sujetos que no habían recibido la información pero sí en aquellos sujetos que se les había dicho que había alcohol en su bebida. Estos resultados nuevamente confirman el que el "deseo compulsivo" parece ser más consecuencia de variables psicológicas que no fisiológicas.

4.- Efectos de las expectativas y creencias de los sujetos sobre los fenómenos de "necesidad compulsiva" y pérdida de control.

Marlatt, Demming y Reid (1973) hicieron un experimento con la finalidad de probar la validez de los supuestos del modelo médico tradicional relacionados -

con la pérdida de control. Su planteamiento fué que si pudieran demostrar, independientemente de la bebida administrada (alcohólica o no alcohólica), las expectativas del individuo sobre el contenido de alcohol en la bebida es un determinante significativo de su tasa de bebida, esto pondría en entredicho la posición teórica que explica la pérdida de control mediante un efecto mediacional fisiológico. En su estudio se comparó la conducta de beber entre alcohólicos y bebedores sociales con el pretexto de una tarea de degustación de diferentes bebidas alcohólicas y no alcohólicas. Los sujetos fueron asignados a grupos que diferían respecto a la bebida administrada y a las expectativas del tipo de bebida que iban a degustar. La mezcla utilizada fué vodka con agua tónica cuya unión había sido probada anteriormente por un grupo de 25 sujetos bebedores sociales que no podía discriminarse cuál bebida tenía alcohol y cuál no.

El trabajo se hizo con 32 varones alcohólicos voluntarios cuyo rango de edad oscilaba de los 21 a los 65 años a los que se les exigía tener alguno de los siguientes criterios:

- a) al menos haber sido ingresado una vez con anterioridad por problemas de alcohol.
- b) cinco o más encarcelamientos por conducir "embriagado".
- c) haber participado alguna vez en alcohólicos anónimos.
- d) no haber explicitado intención de abstenerse de forma inmediata.

A todos los sujetos se les hizo una prueba de análisis de aliento al llegar a la sesión experimental.

El grupo control fueron 32 sujetos varones bebedores sociales.

Se pidió a los sujetos que compararan tres - clases de bebidas con una serie de adjetivos ("amargo", "fuerte", "dulce", "suave", etc.).

Las cuatro condiciones experimentales fueron:

- a) decirles que tenía alcohol/darles alcohol
- b) decirles que tenía alcohol/ darles tónica
- c) decirles que era tónica/darles tónica
- d) decirles que era tónica/darles alcohol.

Haciendo el supuesto de que la pérdida de control se desencadena después del consumo de una sola bebida, 20 minutos antes de comenzar la tarea se les dió una dosis de alcohol/tónica o tónica sólo con la instrucción de darles una pequeña muestra antes de comenzar la tarea.

Las variables dependientes fueron:

- cantidad de alcohol consumido
- tasa de tragos
- cantidad de bebida consumida en cada trago
- porcentaje de alcohol consumido.
- estimación de alcoholemia

Resultados: el resultado más importante del estudio fué que la tasa de consumo, tanto de bebidas alcohó

licas como de tónica, estuvo determinada por las expectativas del sujeto sobre el contenido de la bebida, lo cual va en contra del supuesto de que el incremento de bebida de un alcohólico sólo se explique - por los efectos fisiológicos del alcohol.

En este estudio, se definió "expectativas" como "la probabilidad que tiene un individuo de que ocurra un determinado refuerzo en función de una conducta específica en una determinada situación". Los resultados muestran que los alcohólicos a los que se les dijo que la bebida contenía alcohol consumieron cantidades significativamente más altas que los sujetos control, un resultado que "probablemente refleja la mayor expectativa de los alcohólicos de los efectos reforzantes del consumo del alcohol". No se pudo demostrar un incremento progresivo en el consumo durante la tarea en aquellos sujetos que recibían alcohol sin saberlo, sino, incluso, se observó un descenso progresivo.

En el conjunto de datos que aporta el informe - de la Rand Corporation (1980) aparece un apartado dedicado al estudio de la influencia de las "creencias" de los sujetos y las diferencias encontradas entre - los abstinentes y los bebedores sin problemas. Tanto los abstinentes como los bebedores con problemas - tienen las mismas creencias y ambos aceptan los supuestos tradicionales sobre alcoholismo tales como "el alcoholismo es una enfermedad irreversible". Sin embargo los bebedores sin problemas rechazan este tipo de afirmaciones.

La tabla muestra las respuestas dadas a diferentes afirmaciones:

% de afirmación

Situación de bebida a los 4 años.	Alcoholismo: enfermedad - irreversible	Una vez alcoholico siempre - alcoholico.	El alcoholico no puede volver a beber de forma moderada.
Abstinentes 6 meses o - más	61	75	82
Bebedores sin probl.	31	36	47
Bebedores con probl.	59	67	69

Es interesante destacar la alta proporción de sujetos que admitiendo estas creencias y, sin embargo continuaban bebiendo, a pesar de que pensaban que ello les estaba perjudicando.

Sobell y Christelman (1972) realizaron una investigación para estudiar en qué medida los alcohólicos - creen que su propia bebida se descontrola después de - consumir una primera o varias bebidas. Se obtuvieron - registros de los datos durante un período de dos años. La investigación la compusieron dos estudios. En un - primer estudio se trabajó con 30 varones alcohólicos - que habían tenido síndrome de abstinencia y podían ser

clasificados como alcohólicos gamma. Se les exigió no haber bebido alcohol al menos durante los 3 o los 7 últimos días. La edad media de los sujetos era de 48,97 años. El promedio de años que habían estado bebiendo era de 12,4 años. De los 22 sujetos que creían que "un trago y después borracho", 19 pensaban que se podían controlar si ellos querían, es decir, hacían depender el control de su estado motivacional. Debido a que el tratamiento sería -- muy diferente si la conducta de bebida excesiva del alcohol no dependía de una reacción física "extraña" al alcohol, realizaron el segundo estudio en el que durante 2 años se pidió a varones alcohólicos crónicos que bebieran una cierta cantidad de licor durante las sesiones experimentales y después tenían que volver a la unidad del hospital, pero durante el camino tenían la posibilidad de beber aunque ello implicaba el tener que dejar el tratamiento. De 101 sujetos que consumieron entre 1 y 6 onzas de licor durante 1 a 15 sesiones, sólo dos dejaron el hospital por haber continuado bebiendo, y de otro grupo, de 113 sujetos que acudieron desde 1 a 5 sesiones, sólo 5 dejaron el tratamiento.

En resumen, se podría decir que los resultados de estos estudios aportan una fuerte evidencia de - que también los factores cognitivos ejercen una influencia en la determinación de la pérdida de control.

La pérdida de control se entiende como una conducta compulsiva aprendida susceptible de extinción y no como un síntoma de una enfermedad irreversible.

En este contexto puede entenderse los trabajos del grupo de Hodgson y colaboradores.

Rankin, Hodgson y Stockwell (1979) realizaron un estudio intentando medir los correlatos de "necesidad compulsiva", midiendo respuestas subjetivas, fisiológicas y conductuales en condiciones en que se supone deberían existir niveles "altos" y "bajos" de necesidad.

Se eligieron 12 varones alcohólicos de un grupo de 17, cuya edad media era de 44,3 años. Se realizaron dos sesiones experimentales en un diseño balanceado.

- a) condición de "necesidad compulsiva" alta: se pidió a los sujetos que bebieran "normal" antes de que llegara el experimentador. Durante las 3 horas que estuvo el experimentador se les pidió que no bebieran alcohol.
- b) condición de "necesidad compulsiva" baja: se les dijo que bebieran "normal" antes de que el experimentador llegara. Durante $2\frac{1}{2}$ se les permitió beber y se les pidió que no bebieran la última $\frac{1}{2}$ hora.

Se registraron un conjunto de medidas en 4 diferentes momentos. Las medidas fueron subjetiva, fisiológicas y conductuales.

Medidas subjetivas : en una escala de 5 puntos los sujetos se tuvieron que calificar a sí mismos respecto a su nivel de ansiedad, deseo de beber y sentimiento

de dificultad para resistir el no beber alcohol.

Medidas fisiológicas: se registraron datos sobre temperatura corporal, pulso, nivel de alcohol en sangre (BAC) y temblor.

Medidas conductuales: se registró la cantidad de bebida consumida.

Los resultados indicaron que los sujetos de la primera condición bebieron más rápidos y que esta rapidez estaba correlacionada con un alto deseo de beber. Cuando a los sujetos se les previno de beber, - su deseo de beber, su ansiedad y su dificultad para resistir se incrementó, mientras que los que continuaron bebiendo descendió su deseo de beber. Los autores ponen en relación las condiciones de su experimento - con el método de prevención de respuesta utilizado -- para el tratamiento de compulsiones, resaltando que - los sujetos alcohólicos a los que se les hizo la prevención fueron indudablemente capaces de resistir sin beber durante las tres horas, a pesar de su sentimiento de compulsión, similar a la de los obsesivos.

En un estudio similar, Hodgson, Rankin y Stockwell (1979) trabajaron con 20 pacientes hospitalizados de los cuales 6 eran mujeres, que voluntariamente tomaron parte en un "estudio de los efectos del alcohol". Se pidió a los sujetos que bebieran una cierta cantidad de alcohol, diferenciando a los que consumieron - una dosis alta (150 ml. de vodka) y los que consumieron una dosis baja (15 ml. de vodka); también hubo un

grupo control que no bebió alcohol.

Las medidas se tomaron a las 3 horas de la sesión experimental. Se evaluó: deseo de beber, pulso y alcoholemia, además del tiempo que tardaron en beberse la bebida.

Se clasificó a los sujetos en bebedores con dependencia moderada y con dependencia grave en función de los criterios tradicionales de síndrome de abstinencia y alteraciones a consecuencia del alcohol.

Un análisis de varianza multivariado indicó que la dosis no era la variable relevante sino la gravedad de la dependencia. Estos sujetos fueron los que informaron de más deseo de beber y bebieron más rápidamente la primera bebida, mientras que sólo el pulso diferenció a los sujetos que habían tomado una dosis alta de los que habían tomado una dosis baja de alcohol.

El "deseo compulsivo" surgió a las 3 horas de beber en los individuos que habían consumido una dosis alta, pero sólo si eran sujetos con una dependencía grave.

Los estudios analizados y sus resultados plantean una perspectiva más optimista a la hora del proceso terapéutico. Los intentos para conseguir el control deberían fundamentalmente conseguir: una definición operativa de las variables que llevan al individuo a beber de forma descontrolada; una modificación de los estímulos externos, tales como la separación del sujeto de determinados ambientes y compañías; un

proceso aversivo de la sustancia; la enseñanza de pausas de consumo controlado y de sobriedad; desarrollo de formas de respuesta alternativas para enfrentarse a la ansiedad, las relaciones interpersonales, la auto-valoración, el empleo del tiempo libre, etc.

Por supuesto que ello implicaría un trabajo especializado de larga duración, de cambio de muchas deficiencias del sujeto y no, como ocurre habitualmente en los tratamientos tradicionales, que intentan -- castigar, perseguir, etc. al sujeto para que, por todos los medios, no tome la sustancia. El meollo terapéutico es llegar a conseguir que el sujeto no necesite realizar esa respuesta porque tenga más alternativas en su repertorio de respuestas y no "coserle la boca" para que no beba o, lo que es lo mismo, el tratamiento no debería enfocarse a conseguir "alcohólicos secos" sino personas que, por su riqueza conductual, no necesitaran utilizar la sustancia para enfrentarse con las dificultades de la vida.

3.- DATOS A FAVOR DE LA BEBIDA CONTROLADA

- 3.1. Estudios de seguimiento
- 3.2. El programa de la Rand Corporation
- 3.4. Tablas sobre datos de bebida controlada

3.- DATOS A FAVOR DE LA BEBIDA CONTROLADA

3.1. Estos datos se han obtenido en seguimientos de diferentes tratamientos cuyos objetivos eran tanto la bebida controlada como la abstinencia.

El primer artículo polémico, ya que no el primero en aparición que informa sobre datos de bebida controlada se publica en Inglaterra por Davies (1962); el autor relata de forma detallada la historia de siete varones alcohólicos que habían tenido pérdida de control, tratados en regimen de internamiento con disulfiram, conversaciones con el paciente y trabajo social con allegados realizado en el Maudsley Hospital y que habían conseguido beber de forma controlada por periodos de tiempo de siete a once años. Estos sujetos formaban parte de un grupo de noventa y tres varones alcohólicos que habían recibido tratamiento similar en el mismo hospital. Cada uno de los siete pacientes había comenzado a beber de forma normal después de un periodo breve de abstinencia completa, nunca superior a un año.

Davies definió el concepto de bebida normal como: "el no beber más cantidades que las permisibles en su grupo social, no haber estado embriagado en todo este tiempo y haber mejorado tanto sus relaciones familiares como su trabajo" (pag. 96). El mismo autor señala en su artículo una serie de estudios anteriores que también daban datos de bebida controlada en sus sujetos, tales como el de Lemere (1953) que de 500 casos

informó de un 3% de sujetos con problemas de bebida que llegaron a ser bebedores normales y él mismo - concluyó en su trabajo que la frase "una vez alcohólico siempre alcohólico" no era totalmente cierta.

Nrvig y Nielsen (1956) en Dinamarca en un seguimiento de 33 a 66 meses encontraron que de 221 alcohólicos, 57 "bebían ocasionalmente pero no de forma que interfiriera con su trabajo no con su situación social". Selzer y Holloway (1957) en un seguimiento de cinco años de duración de 98 pacientes alcohólicos informaron que un 16% de los 83 que consiguieron con tactar fueron capaces de volver a una bebida social - no patológica.

Basado Davies en sus propios hallazgos y los de - estos autores llegó a afirmar que "algunos alcohólicos adictos pueden volver a beber de forma normal, lo cual no implica que rechace el hecho de que la mayoría de ellos sean incapaces de adquirir "bebida normal".

Sus conclusiones, quizás también el título de su artículo: "Normal drinking in recovered alcohol addicts" desataron una fuerte polémica que le llevan al año si guiente a publicar un número bibliográfico sobre el - tema, pero tienen que pasar ocho años para que en 1970 se publique el primer trabajo sistemático dirigido al entrenamiento en bebida controlada de sujetos alcohólicos realizado por dos autores australianos, Lobivond y Caddy (1970).

Otro momento importante en la literatura sobre datos de seguimiento en pacientes alcohólicos es en 1974

cuando Enrick revisa todos los artículos aparecidos en inglés desde 1952 a 1971 con la única exigencia de que el tratamiento realizado hubiera sido de tipo psicológico. De los 271 estudios que encontró, - 265 evaluaban los resultados de tres o más sujetos alcohólicos y los seis restantes eran artículos de caso único. De todos ellos, 40 incluían datos sobre la aparición de bebedores controlados cuyo porcentaje oscilaba alrededor del 10%.

El índice más utilizado en estas publicaciones, y en muchos el único fué la conducta de los sujetos respecto a la bebida con lo cual se perdía la información de otros índices de mejoría que no siempre correlacionan de forma positiva con el dejar de beber. No obstante, aproximadamente dos tercios de los sujetos que habían realizado abstinencia presentaban correlación positiva con otras dimensiones tales como la situación afectivo-cognitiva, laoral, relaciones interpersonales, en la familia, condiciones físicas, problemas legales, etc.

Para colocar los datos, Enrick organizó las siguientes categorías:

- 1.- Ninguna clase de ingesta de bebida alcohólica durante el periodo de seguimiento (abstinencia).
- 2.- Bebida pero nunca en exceso durante el periodo de seguimiento (controlada).
- 3.- No bebida o al menos no en exceso (abstinencia o control). En este apartado debían entrar los sujetos de los apartados uno y dos o aquellos que no se dife-

renciaban bien para colocarlos en uno o dos, por ejemplo "sobrios".

4.- Mejorado pero uno o dos periodos de bebida excesiva a través del seguimiento (muy mejorados).

5.- Mejorados pero con dos periodos o más de bebida excesiva (algo mejorados).

6.- Mejorados en la bebida pero no abstinentes o totalmente controlados durante el periodo de seguimiento (mucho o algo mejorados). Se incluyen los sujetos de los grupos cuatro y cinco o aquellos que solo se especificaba la palabra mejoría.

7.- Total de mejorados en bebida se incluyen todos los sujetos de los números uno al seis.

8.- No mejorados durante el periodo de seguimiento.

9.- Peor en la conducta de beber durante el periodo de seguimiento.

Es de destacar que se tuvo en cuenta todo el periodo de seguimiento y no sólo un momento o un corto periodo de tiempo.

Los resultados en función del conjunto de todos los pacientes y de todos los artículos fué la siguiente:

a) Alrededor de dos tercios mejoraron repartiéndose la mejoría de la forma siguiente:

- un tercio de todos los pacientes permanecieron - abstinentes.

- un doceavo fueron bebedores controlados
- un quinto permanecieron abstinentes excepto una o dos recaídas.
- un séptimo permanecieron abstinentes con más de dos recaídas.
- un tercio de los sujetos no mejoró.

3.2. La Rand Corporation (1976-1980) publicó dos informes de seguimiento de gran envergadura y enorme difusión entre los expertos en alcoholismo. Esta organización comenzó un estudio longitudinal del curso del alcoholismo, controlada por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (N.I.A.A.A.) informando de los resultados a los dieciocho meses y a los cuatro años de haber finalizado el tratamiento. Los sujetos en estudio eran alcohólicos inicialmente tratados por los centros de alcoholismo fundados por la NIAAA que habían comenzado a ser tratados en 1973.

Ya en el primer periodo de seguimiento a los dieciocho meses, los autores encontraron un grupo de sujetos que bebían de forma controlada y que les llevó a afirmar lo siguiente:

"Muchos investigadores con resultados similares a los nuestros han planteado la cuestión de si la abstinencia total es un objetivo necesario para todos los alcohólicos. Obviamente a los alcohólicos que han sufrido un daño físico irreversible o han fracasado de forma repetida en conseguir una bebida normal se les debería aconsejar abstinencia. Pero nuestros hallazgos: que algunos alcohólicos han vuelto a beber de

forma moderada sin trastornos ni recaídas y que la abstención permanente es relativamente infrecuente, sugieren la posibilidad de que la bebida normal pueda ser un objetivo realista y eficaz para algunos alcohólicos.

Sin embargo, sería prematuro aconsejar una política de bebida normal para el conjunto de los alcohólicos. Los datos de este estudio y estudios similares no son adecuados para establecer una bebida controlada a un amplio número de alcohólicos, ni nos capacita para saber que características tienen aquellos para los que el objetivo es apropiado. Por otro lado, nosotros no hemos encontrado tampoco evidencia científica sólida ni experiencia clínica rigurosa para la creencia de que la abstención es un remedio más eficaz que la bebida normal. La conclusión por tanto debe ser que el conocimiento científico existente no establece ni una teoría de la abstinencia ni una teoría de la bebida normal para recuperar a los alcohólicos. Por ello no hacemos una recomendación política para los objetivos terapéuticos ni para los alcohólicos en general ni para un individuo alcohólico en particular"

(Armor, Polich, Stambul, 1976)

Veamos los datos y características más importantes del seguimiento realizado a los cuatro años (Polich, - Armor, Braiker, 1980). El número de sujetos estudiado en un comienzo fué de 922 varones alcohólicos de los cuales se obtuvieron datos de un 85% (a los 18 meses sólo se había logrado contactar con un 62%).

El informe examina tres características fundamentales:

a) Conducta de beber.

Pautas de bebida desarrolladas

Mortalidad en el periodo entre la admisión,
el tratamiento y el seguimiento.

b) Ajuste social y psicológico

c) Pautas de "recaída"

La primera cuestión analizada fué el porcentaje de mortalidad del grupo de alcohólicos en relación a la mortalidad de la población general, indicando que de un 14,5% de muertes, el 8,2% habian muerto por causas relacionadas con el alcohol.

Los datos de los supervivientes se refieren a la presencia o ausencia de problemas de alcohol durante los seis meses anteriores a la entrevista de seguimiento con dos tipos de cuestiones:

1.- Dependencia de alcohol (síndrome de abstinencia, etc.).

2.- Consecuencias negativas derivadas de la bebida:

- Problemas de salud: cirrosis, hospitalizaciones, etc.
- Detenciones
- Accidentes debidos a la bebida
- Incidentes debidos a la bebida
- Problemas de trabajo o personales

Los resultados respecto a la conducta de beber fueron los siguientes:

- abstinentes de periodos largos	28%	} 46%
- bebedores sin problemas	18%	
- bebedores con problemas	54%	

Entre los bebedores con problemas se encuentran aquellos sujetos que fueron abstinentes por periodos cortos de tiempo y que fueron los de peores resultados: un ejemplo de ello fué que el nivel de mortalidad por alcohol fué en este grupo nueve veces más probable que en los otros.

Los resultados comparativos entre el seguimiento de los 18 meses y 4 años y las consecuencias negativas por beber fueron:

Porcentaje con condiciones específicas a los 4 años:

<u>Situación a los 18 meses</u>	<u>Consecuencias negativas</u>	<u>Síntomas dependencia</u>	<u>Muerte por alcohol</u>
Abstinentes 6 meses o más	31	23	1
Abstinentes 1 a 5 meses	52	43	9
<hr/>			
Bebedor sin síntomas	27	34	3
Bebedor con síntomas	61	71	9

Porcentaje de síntomas psiquiátricos y bebida

	<u>Depresión</u>	<u>Tensión</u>	<u>Ansiedad</u>	<u>Trastornos cognitivos</u>
Abstención 6 meses o más.	8	13	10	4
Bebedor sin problemas	9	16	8	2
Bebedor con problemas	26	33	27	18

Las pautas de recaída se analizaron con detalle por su frecuencia, ya que las remisiones son intermitentes más que estables y sobre todo por su importancia conceptual. Respecto a la teoría más amplia y clásica que afirma que "cualquier bebida lleva a una recaída inmediata" y que los alcohólicos son diferentes del resto de los bebedores ya que cuando beben pierden el control, los autores vuelven a señalar los estudios experimentales que demuestran que cuando se da alcohol a los alcohólicos bajo condiciones controladas no necesariamente terminan en bebida incontrolada. La revisión de la teoría anterior que reconceptualiza la pérdida de control como que "cualquier bebida, incluso una bebida no problemática, llevará eventualmente a la recaída", implicaría que en periodos de seguimiento largos se encontrarían altas tasas de recaídas entre los bebedores no problemáticos y baja tasa de recaídas entre los abstinentes.

Los datos obtenidos en el estudio fueron los siguientes:

Pautas de recaída: Porcentaje de sujetos con recaídas
a los 18 meses y a los 4 años.

	<u>18 meses</u> %	<u>4 años</u> %	<u>Muertes por alcohol</u>
Abstinentes largo plazo	17	30	1
Abstinentes corto plazo	19	53	9
Bebedores sin problemas	13	41	3
Bebedores con problemas	43	73	9

El incremento de porcentaje a los 4 años (informan los autores) es debido a la utilización de pautas más estrictas en la clasificación de los sujetos, las cuales si no se hubieran modificado se mantendrían en los mismos porcentajes. Los datos de la tabla no confirman la conceptualización anterior, y las diferencias entre abstinente y bebedor controlado no es significativa estadísticamente a los cuatro años.

La tercera teoría afirma que el riesgo de bebida problemática varía entre subgrupos y la dependencia es una variable continua que puede oscilar desde cero a un alto grado y no una categoría de atributo que - esté presente o ausente en los sujetos.

En este segundo informe se estudiaron también cuales eran las variables que facilitaban el que los sujetos recayeran, sugiriendo los datos una función de la severidad de los síntomas de dependencia, la edad y el estado civil.

Porcentaje de sujetos con recaídas a los 4 años

	<u>Abstinentes</u>	<u>Bebedores sin problemas</u>
Alto nivel de dependencia . Mayores de 40 años.	7	39
Bajo nivel de dependencia. Menores de 40 años.	24	5

Las conclusiones a las que llegaron los autores son las siguientes:

"Los resultados del seguimiento de los cuatro años implican un hecho fundamental sobre el trastorno: el alcoholismo es una condición crónica e inestable. Las remisiones son frecuentes, pero generalmente intermitentes. Los datos implican que las remisiones ocurren de dos maneras:

"Abstención a largo plazo y bebida sin problemas". En ambos grupos se encuentran niveles equivalentes de ajuste social, salud mental y condiciones físicas. Comparados con otros alcohólicos presentan más bajas tasas de mortalidad relacionada con el alcohol y una tasa de recaídas más baja. El riesgo de los bebedores -

sin problemas varía sustancialmente entre diferentes subgrupos de alcohólicos. En concreto: entre los sujetos que eran altamente dependientes del alcohol y mayores de 40 años al comenzar el tratamiento, las tasas de recaída fueron más bajas para los abstinentes de largo plazo que para los bebedores sin problemas. Entre los sujetos que eran menos dependientes y más jóvenes de 40 años, la relación es al revés. Esto no es consistente con la concepción del alcoholismo que mantiene que cualquier forma de bebida llevará inevitablemente a la recaída. Los niveles de dependencia parecen ser una diferencia sustancial en el riesgo de la bebida.

Los alcohólicos no son un grupo unitario ni homogéneo, sino que ocurre en formas muy variadas en varias dimensiones. Con niveles de dependencia bajos, los bebedores sin problemas pueden presentarse como un modo de ajuste adecuado, mientras que con niveles de dependencia altos, parece más adecuado la abstinencia.

Skoloda, Alterman, Cornelison y Gottheir (1975) realizaron un seguimiento de seis meses a un grupo de 98 pacientes a los que se les había hecho un programa de tratamiento de 6 semanas de duración y en el cual se permitía a los sujetos que eligieran beber o no beber. El programa llamado F.I.D.D. (Fixed Interval Drinking Decision), se hizo en régimen de internamiento y la terapéutica fué de tipo tradicional. La ingesta de alcohol la registró el personal de enfermería -

observando que 55 sujetos eligieron no beber a pesar de que podían hacerlo. A los seis meses de seguimiento los resultados indicaron que un 15% habían estado abstinentes durante todo el periodo, 20% no habían bebido en los últimos 30 días y un 29% habían bebido de forma moderada. Los resultados positivos se correlacionaron positivamente con la decisión de no beber durante el tratamiento y esto tanto para los abstinentes como para los sujetos que habían podido beber de forma moderada.

Pattison y colaboradores (1977) presentaron una revisión de 74 referencias bibliográficas donde se informaba que algunos alcohólicos habían demostrado con éxito su capacidad para beber sin problemas, aunque no son todos los artículos existentes ya que en ocasiones rechazaron algunos por falta de descripción detallada o evidencia ambigua. Tabla

70 de los 74 estudios indican los intervalos específicos de seguimiento. El rango oscila entre mes y medio y 27 años, aunque el 64% de los estudios indicaron un intervalo de seguimiento al menos de 12 meses y de ellos un 33% tienen un seguimiento mínimo de 24 meses. El número de sujetos de los estudios oscila desde un solo sujeto a estudios con objetivo de bebida controlada con más de 800 sujetos. Tomados en conjunto el número de sujetos encontrados en el seguimiento fué de 11.817 de los cuales el 18,25% estaban practicando bebida controlada y es interesante señalar que sólo 10,48% informaron de abstinencia total durante el periodo de seguimiento.

El criterio de bebida controlada, en el análisis de los informes, fué muy estricto. Si un estudio incluía información de otras fuentes que parecieran contradictorias con el informe de bebida controlada, a estos sujetos no se les incluyó en este apartado. Sólo tres de los estudios publicados hasta 1970 tenían la bebida controlada como objetivo específico, mientras que a partir de este año el número de estudios se incrementó a 14. En conjunto, el 23% de los estudios expresaron de forma explícita la meta de bebida controlada.

Estos datos tienen algunas limitaciones: Los informes no definen de forma sistemática la población de alcohólicos estudiados, aunque no son menos precisos que la mayoría de los estudios en la literatura sobre alcohol (Sobell, Linda, 1978). Tampoco la definición de bebida controlada de los 74 artículos es uniforme ni precisa y no es posible establecer qué tipos de cambios ocurrieron en la bebida alcohólica. Sin embargo, se puede hacer una generalización y es que estos 74 estudios contradicen el concepto tradicional de que un alcohólico no puede volver a beber nunca más, y es por tanto justificable reconocer "alternativas a la abstinencia" como objetivo legítimo de tratamiento para algunos sujetos con problemas de alcohol. Interesa señalar también que los hallazgos más importantes de bebida controlada se dan entre aquella población de alcohólicos denominados gamma y que típicamente han tenido el peor pronóstico y los peores resultados en los tratamientos. Los autores terminaron el análisis dicién

do "debemos de urgir a una seria precaución, ya que la bebida controlada como cualquier otro procedimiento terapéutico debería utilizarse sólo por individuos con conocimiento suficiente y bien entrenados que sepan la metodología, los peligros y limitaciones inherentes a dicho tratamiento. Si se usa sin cuidado como cualquier otro procedimiento, puede ser más dañino que beneficioso".

En nuestro país Santo-Domingo, Calvo, Solano y otros (1978) hicieron una revisión de 97 pacientes a los 6, 12 y 24 meses del tratamiento, obteniendo una "drástica reducción de la frecuencia de la pérdida de control", en 22,6%; 20,6% y 15,1% - respectivamente, y "rechazan la ingesta muy significativamente" el 20,6%; 27,5% y 24,2%. Problemas importantes en este estudio son, por un lado, que el incremento de la pérdida de los pacientes a lo largo de los periodos de seguimiento es muy importante, y el seguimiento se hace en referencia al momento puntual de la entrevista, además de la ambigua definición de la reducción de la pérdida de control y capacidad de abstinencia.

Otro estudio con un número grande de pacientes es el realizado por Bromet y Moos (1979) que compararon alcohólicos tratados por diferentes tratamientos y que habían llegado a ser abstinentes o bebedores moderados. La variable fundamental elegida fue el nivel económico. De los 429 pacientes de que está compuesta la muestra, 262 pertenecían a un nivel económico bajo y 167 a un nivel económico alto. Después de un periodo que oscilaba entre los 6 y 8 meses de seguimiento, el 22% del grupo de sujetos con economía baja y el 29% de los sujetos con economía alta, bebían de forma moderada mientras que permanecían abstinentes el 15% y 46% respectivamente.

Duckert y Aasland (1980) en Oslo, intentan por primera vez en Noruega un proyecto experimental que

incorpora la teoría del aprendizaje social y la terapia de conducta a la rehabilitación de alcohólicos y adictos a otras drogas. Eligieron pacientes con mal pronóstico, en paro, de clase social baja, seleccionando aleatoriamente 117 sujetos de un grupo de 200, caracterizados por una dependencia de más de cinco años y con hospitalización previa, habiendo estado más de la mitad alguna vez en prisión, con poca o marginal educación, bajo status ocupacional y largos periodos de desempleo.

Del grupo total, 3 murieron en el proceso y 17 se excluyeron por registros incompletos. La duración del programa osciló entre 6 y 24 meses. El diseño fué individualizado, pero los dos componentes más importantes fueron: empleo-ocupación y terapia de conducta.

Resultados: comparación de datos antes y después del tratamiento:

	<u>Semanas antes del tratamiento</u>		<u>Semanas después del tratamiento</u>			
Semanas de actividad vocacional	52-27	26-0	0-26	27-52	53-78	79-104
Ninguna	16.2	16.9	13	16.4	10.4	10.2
Educación	2.8	2.3	4.3	4.3	2.7	4.7
Empleo	7.0	6.8	1.0	10.3	12.9	11.1
Semanas de alcohol.						
Ninguno	8.4	11.7	12.4	12.2	13.8	15
Moderado	9.5	8.4	9.2	9.7	8	6.7
Mal uso	8.1	5.9	4.4	4.1	4.2	4.3

Los sujetos emplearon más tiempo en actividades y consiguieron beber de forma moderada encontrando que los resultados se fueron estabilizando o mejoraron a los dos años.

Costello, Baillargeon y Biever (1980) en un tratamiento de 75 pacientes hospitalizados, y utilizando un tratamiento de amplio espectro, encontraron que a casi la mitad (N=24) se les consideró como éxito en seis parámetros en el periodo de seguimiento, aunque no estaban totalmente abstinentes: El 3% murió el 39% fué un fracaso, el 41% fué éxito y el 4% se perdió. La edad media de los sujetos era de 45,8 años. Como críticas al estudio, los autores señalaban la utilización de un sólo grupo, un diseño post-test, aunque lo justifican debido al dilema moral de utilizar un grupo control en el tratamiento de alcohólicos. Por otro lado los estudios que parecen tener más rigor científico, como son los estudios del grupo de los Sobell, adolecen de sesgos en la selección de los sujetos voluntarios, imposición de criterios de selección y una exposición no uniforme al tratamiento.

También cuando se hace el seguimiento y la revisión de sujetos alcohólicos que no han sido tratados, se encuentran datos de sujetos que se manejan de forma controlada con la sustancia. Saunders, Phil y Kershaw - - (1979) informaron que al realizar un estudio en la comunidad encontraron 162 sujetos que no presentaban ningún problema en el momento de realizarse la entrevista y que sin embargo referían haber tenido problemas con

el alcohol con anterioridad. El hecho de que los sujetos que habían experimentado una "remisión espontánea" pudieran llegar a ser consumidores de alcohol - sin problemas, mientras que los que recibieron tratamiento tenían que abstenerse, les plantea a los autores el buscar al menos dos explicaciones. Una podría ser que el grupo que fué a tratamiento tuviera una - historia más larga de problemas de alcohol y la abstinencia les fuese necesaria, y la otra explicación podría ser que la misma exposición al tratamiento implicase la abstinencia como exigencia fundamental. - Es importante destacar que muchos de estos sujetos - que se habían "recuperado espontáneamente" y bebían moderadamente habían experimentado síntomas tan graves como el delirium tremens y otros índices de fuerte dependencia al alcohol.

Por otra parte, cuando se estudian las pautas de los sujetos abstinentes se observa que la mayoría - no practican la abstinencia total y permanente - - (Carroll, 1980), sino que sólo entre un 10 y un 15% lo logran durante períodos de 12 a 18 meses. Esto lleva a la necesidad de legitimar la posible utilización controlada de la sustancia por parte de algunos de los pacientes, y a hablar de dos objetivos de tratamiento: abstinencia y bebida controlada. Ahora bien, dado el bajo porcentaje de sujetos que consiguen esta última y la capacidad que necesita el terapeuta para trabajar con este objetivo, conviene dirigir primero el trabajo a conseguir la abstinencia pero si se corre el riesgo de perder al paciente, o si éste ha -

fracasado varias veces en conseguir un buen resultado con la abstinencia, puede dirigirse a un objetivo de bebida moderada, sin olvidar que éste es una parte de un amplio trabajo que incluye todas las áreas en las que el sujeto presente deficiencias o le lleven a realizar una bebida descontrolada.

SUJETOS ALCOHOLICOS GAMMA

Año	Investigador País	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1951	Harper y Hickson Gran Bretaña	No	84	80	24-60	16 20	7 8	pequeñas cantidades	Multimodal
1952	de Morsier y, Fedinan Francia	No	500	430	17-64	76 18	155 36	cerveza oca- sional, vino comidas	Aversivo 1/3 psicoterapia
1957	Selzer y Holloway U.S.A.	No	98	83	72	13 16	18 22	1-2 cervezas/ día	Ingreso hospital
1960	Moore y Kamseur U.S.A.	No	100	91	3-144	5 6	15 16	bebedores so- ciales bien controlados	Multimodal
1962	Davies Gran Bretaña	No	93	93	84-132	7 7	no determinado	máximo 3 pintas cer- veza/día	Multimodal
1964	Cain U.S.A.	No	36	36	36+	19+ 53+	no determinado	1-2 bebidas después tra- bajo o party	Terapia grupo

SUJETOS ALCOHOLICOS GAMMA (2)

Año	Investigador	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1965	Blake Escocia	No	37	34	6	1 3	18 53	bebida de for ma controlada	Terapia de conducta
1965	Bolman U.S.A.	No	14	14	12-84	2 14	2 14	1-2 vasos de cerveza	Psicoterapia
1965	Lazarus	Si	1	1	14	1 100	0 0	2 vasos de cerveza	Terapia de conducta
1965	Kendall U.S.A.	No	62	62	36-96	4 6	9 14	2 vasos de cerveza	Sólo seguimiento
1967	Quinn y Henbest Irlanda	No	10	10	1-204	3 30	0 0	cerveza sin exceso	Condicionamiento aversivo
1967	Bailey y Stewart U.S.A.	No	13	12	30-60	6 50	1 8	2-3 tragos, 2 veces semana	Ninguno sólo seguimiento

SUJETOS ALCOHOLICOS GAMMA (3)

Año	Investigador	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1967	Glatt Gran Bretaña	No	30	30	24	1 3	no determinado	1-2 cervezas/ día	No determinado
1968	Pattison U.S.A.	No	46	37	18-24	8 22	11 30	escala bebida controlada	Multimodal
1968	Pokorny U.S.A.	No	113	93	12	23 25	22 24	bebida social	Terapia grupo
1968	Barchha U.S.A.	No	82	82	12	27 23	9 11	marcada reduc- ción, sin pro- blemas	Hospital general
1968	Keinert y Bowen U.S.A.	No	156	156	12	4 3	31 20	bebida con - otros, no pér- dida control	No especificado tratamiento
1969	Davies Gran Bretaña	No	4	4	60-324	4 100	0 0	1-2 pintas de cerveza, fin de semana	Multimodal

SUJETOS ALCOHOLICOS GAMMA (4)

Año	Investigador	B.C.	N	N	Meses	B.C.	Abstinencia	Descripción	Tratamiento
País	Objetivo	Seguimiento	Seguimiento	N	Seguimiento	N	%	B.C.	
1969									
Dubourg									
Gran Bretaña	No	79	76		16-26	3	4	no determinado	Terapia individual y grupo
1969									
Rakkolainen y									
Turuman									
Finlandia	No	71	71		12-240	6	8	reducción de bebidas fuertes	Seguimiento
1970									
Tomsovic									
U.S.A.	No	266	200		12	13	6	bebida ocasional, sin problemas	Multimodal
1971									
Goodwin y									
otros									
U.S.A.	No	93	93		96	17	18	bebida 1-10 veces meses no problemas	Seguimiento
1971									
Bhakta									
Australia	No	20	20		12	7	35	bebida moderada	Terapia de conducta
1972									
Baker									
U.S.A.	SI	20	19		1 ½	3	16	12 onzas 11-12 días	Terapia de conducta

SUJETOS ALCOHOLICOS GAMMA (5)

Año	Investigador País	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1972	Faillace U.S.A.	No	14	13	6	2 15	7 54	escala ajuste	Multimodal
		No	14	11	6	2 18	2 18	escala ajuste	Multimodal
1972	Faillace U.S.A. sin publicar	No	24	20	6	3 15	1 5	escala ajuste	Multimodal
1972	Shaefer y otros U.S.A.	Sí	13	10	12	4 40	3 30	6 onzas/día	Terapia de conducta
		No	13	11	12	0 0	2 18	6 onzas/día	Ingreso hospital
1972	Shaefer U.S.A.	No	10	9	12	0 0	1 11		Tratamiento hos- pital
		No	26	26	12	1 4	12 46	bebida social	Video-confronta- ción
		No	16	16	12	0 0	4 25		Hospital
1973	Orford Gran Bretaña	No	100	89	24	9 10	10 11	8-10 onzas li- cor/día	Terapia indivi- dual

SUJETOS ALCOHOLICOS GAMMA (6)

Año Investigador País	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1973 Lundquist Suecia	No	200	200	108	40 20	17 8	consumo ocasional pequeña cantidad	Ingreso hospital
1973 Barr U.S.A.	No	503	456	11-34	14 3	68 15	una cerveza a la semana	Comunidad terapéutica
1973 van Dijk y van Dijk-Koffman Holanda	No	211	200	30-66	20 10	45 22	ingesta mínima, sin borracheras	Multimodal
1974 Silverstein y otros U.S.A.	Sí	3	3	3	1 33	0 0	BAL de 0,08	Terapia de conducta
1975 Gibbins (no publicado) Canadá	Sí	5	4	7	3 75	1 25	4-6 onz./día	Terapia de conducta
1975 Levinson Canadá	No	154	138	60	11 8	29 21	bebida reducida significativamente	Terapia de conducta

SUJETOS ALCOHOLICOS GAMMA (7)

Año Investigador País	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1975 Skoloda U.S.A.	No	98	91	6	44 48	14 15	bebida con moderación	Programa de bebida experimental
1975 Vogler U.S.A.	Si	59	43	12	12 28	14 33	X de 50 onzas mes y 1 episodio 0,08% BAC	Multimodal
1976 Sobell y Sobell	Si No No No	20 20 15 15	69	24	10 50 1 5 1 7 1 7	0 0 0 0 1 7 0 0	bebida moderada sin borracheras.	Multimodal

SUJETOS DIAGNOSTICADOS COMO ALCOHOLICOS PERO SIN EVIDENCIA PROPORCIONADA

Año	Investigador	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1953	Lemere U.S.A.	No	500	500	no determ.	14 3	53 11	cantidad de be- bida normal	Seguimiento
1954	Shea U.S.A.	No	1	1	60	1 100	0 0	2 botellas de cerveza	Análisis
1956	Norvig y Nielsen Dinamarca	No	221	181	33-63	57 32	37 20	bebida modera- da	Autabus, Tera- pia ocupacional
1957	Pfeffer y Bergen U.S.A.	No	60	60	12	7 12	48 80	menos bebida diaria	Terapia grupo e individual
1960	Macquard y otros Francia	No	160	124	+24	18 15	36 29	beben alcohol moderadamente en comidas	Multimodal
1962	Gerard y otros U.S.A.	No	400	299	24-96	41 14	55 18	2-3 cervezas/ día o en oca- siones raras	Programa multimodal

SUJETOS DIAGNOSTICADOS COMO ALCOHOLICOS PERO SIN EVIDENCIA PROPORCIONADA (2)

Año Investigador País	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1963 Monnerot Francia	No	n.d.	338	6-12	56 17	80 24	ingieren bebi- das, pero mo- deradamente	Multimodal
1964 Lambert Suecia	No	100	100	no determ.	9 9	no determ.	capaz de be- ber con mode- ración	Cuidados en un centro
1964 Mukasa y otros Japón	Sí	110	110	3-48	96 87	no determ.	100-200 ml. - saké 30 gra- dos/día	Cianamida
1965 Robson y otros Canadá	No	214	163	10-46	n.det.	no determ.	un amplio nº manejan el control de su bebida	Multimodal
1966 Rosengren Suecia	No	106	105	1 +12	23 22	4 4	moderada in- gesta alcohol sin recaídas	Drogas
1966 Gerard y Saenger U.S.A.	No	798	618	12	35 6	78 13	2-3 cervezas/ día o social	8 programas de tratamiento diferentes

Año Investigador País	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1967 Evans Gran Bretaña	No	100	100	3-43	6 6	14 14	manejan el control de su bebida	Terapia en el medio
1967 Kraft y Al-Issa Gran Bretaña	No	1	1	15	1 100	- -	ocasionalmente cerveza	Terapia de conducta
1968 Kraft y Al-Issa Gran Bretaña	No	2	2	6-9	2 100	- -	ocasionalmente cerveza	Terapia de conducta
1968 Anaut Canadá	No	25	no determ.	+24	1 n.d.	n.d. n.d.	capaz tomar alcohol ocasionalmente	Condicionamiento aversivo
1968 Mukasa y Arikawa Japón	Sí	330	330	1-72	220 67	40 12	100-200 ml. - saké 30 proof/día	Druga Cianamida
1968 Quirk Canadá	No	2	2	+24	2 100	0 0	toman ocasionalmente bebida social	Terapia de conducta

SUJETOS DIAGNOSTICADOS COMO ALCOHOLICOS PERO SIN EVIDENCIA PROPORCIONADA (5)

Año	Investigador	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1972	Knott y otros U.S.A.	No	+4000	+4000	no determ.	400 10	n.d. n.d.	bebida con - control	No especifica tratamiento
1972	Miller U.S.A.	Si	1	1	6	1 100	0 0	bebida modera da	Terapia de conducta
	Shuckit y Winokur U.S.A.	No	45	45	25-50	11 24	0 0	bebida modera da, cantida-- des sociales	No especifica tratamiento
1973	Sobell y Sobell U.S.A.	Si No	3 3	3 3	+5 +5	3 100 1 33	0 0 1 33	6 onzas, 86 proof./dfa	Terapia de conducta
1973	Marlatt U.S.A.	No No	E=52 C=13	52 13	3 3	9 17 1 8	10 19 4 31	ingesta alco- hol 50 mg/se- mana	Condicionamiento aversivo No tratamiento

SUJETOS DIAGNOSTICADOS COMO ALCOHOLICOS PERO SIN EVIDENCIA PROPORCIONADA (6)

Año	Investigador	B.C.	N	N	Meses	B.C.	Abstinencia	Descripción	Tratamiento
		Objetivo		Seguimiento	Seguimiento	N %	N %	B.C.	
1973	Goodwin	No	1	1	no determ.	1 100	0 0	de vez en cuando algo bebida	Informe retrospectivo
1973	Gallen y otros	No	27	27	3	3 11	12 44	1-4 cervezas/día	Terapia de conducta
1974	Hedberg y Campbell	Si	13	13	6	8 62	n.d. n.d.	bebida controlada	Terapia de conducta
1975	Hyman	No	54	44	180	5 11	5 11	muy reducida - bebida diaria, sin problemas	Multimodal
1976	Caddy y Lovibond	Si	60	37	12	10 27	0 0	excediendo el BAL 0,07 mg/ml	Terapia de conducta
1976	Popham y Schmidt	Si	150	99	12	18 18	9 9	consumo 2,5 onzas alcohol/día	Multimodal

BEBEDORES CON PROBLEMAS

Año	Investigador	B.C. Objetivo	N	N Seguimiento	Meses Seguimiento	B.C. N %	Abstinencia N %	Descripción B.C.	Tratamiento
1974	Kohrs U.S.A.	No	20	20	6-12	16 80	0 0	bebida moderada	Condicionamiento aversivo
1975	Miller U.S.A.	Sí	1	1	4	1 100	0 0	2 cervezas/ día	Terapia de conducta

4.- TRATAMIENTOS CONDUCTUALES

4.1. Tratamientos enfocados a la abstinencia.

4.1.1. Técnicas aversivas:

- Aversión eléctrica
- Aversión química
- Aversión simbólica

4.1.2. Técnicas de manejo de la ansiedad

4.1.3. Técnicas operantes.

4.2. Tratamientos enfocados a la bebida controlada

4.2.1. Entrenamiento en discriminación de alcoholemia mediante terapia aversiva.

4.2.2. Tratamiento aversivo a pautas alcohólicas de bebida.

4.2.3. Instrucciones y Feedback

4.2.4. Tratamientos operantes y contratos de contingencias.

4.2.5. Programas multimodales de amplio espectro.

4.3. Ventajas de los programas de bebida controlada.

4.4. Limitaciones de los datos sobre los tratamientos de bebida controlada.

4.5. Características que facilitan el conseguir y mantener una bebida controlada.

4.6. Estrategias de tratamiento para facilitar el objetivo de la bebida controlada.

4.- TRATAMIENTOS CONDUCTUALES

4.1.- TRATAMIENTOS ENFOCADOS A LA ABSTINENCIA

Durante más de cuarenta años (hasta el año - 1970) los tratamientos de los sujetos alcohólicos han estado enfocados exclusivamente a conseguir la abstinencia total durante toda la vida. Se consideraba que dadas las características reforzantes del alcohol, el sujeto que era "dependiente" no podría volver a beber de forma normal nunca y por tanto - debería dejar de beber para siempre. La forma predominante de tratamiento para conseguir este objetivo ha sido la terapia aversiva bien a través de la aplicación contingente de un estímulo aversivo durante el consumo de alcohol, o mediante la administración sistemática de una sustancia -Disulfiram- que previene al sujeto de beber. Ya que esta última forma de tratamiento se ha realizado fundamentalmente por personal médico e hicimos referencia a ella al explicar el modelo médico, en este apartado nos referiremos a aquellos tratamientos que han sido - considerados como estrictamente psicológicos.

4.1.1 Técnicas aversivas

Para conseguir la aversión hacia el alcohol se han utilizado tres tipos distintos de estímulos aversivos:

- 1.- Tratamientos cuyo estímulo aversivo ha sido el shock eléctrico (aversión eléctrica).

2.- Tratamientos cuyo estímulo aversivo ha sido una sustancia química (aversión - química).

3.- Tratamientos cuyo estímulo aversivo ha sido alguna imagen desagradable (sensibilización encubierta).

- Aversión eléctrica

El procedimiento de aversión eléctrica utilizado con más frecuencia se ha basado en un paradigma de castigo-escape, en el cual el shock es contingente con los sorbos de alcohol, dicho shock finaliza cuando el paciente escupe el alcohol. El shock se administra a través de unos electrodos colocados en el antebrazo, pierna o dedos del paciente. Las intensidades del shock varían de un estudio a otro, pero la mayor parte de los terapeutas administran entre 3 y 8 miliamperios. Generalmente, sin embargo, se suele determinar la intensidad de forma individualizada, observando las reacciones de cada sujeto.

Los detalles sobre el procedimiento de la terapia aversiva varía de un estudio a otro, y no hay datos experimentales sobre el número óptimo de emparejamiento alcohol-shock, ni de el espacio temporal entre las sesiones de condicionamiento. Un método bastante común en la clínica es la administración de 25 a 30 ensayos aproximadamente de condicionamiento durante 10 días consecutivos.

La primera aplicación clínica sobre terapia -aversiva con pacientes alcohólicos utilizando shock eléctrico como estímulo aversivo, se debe a Kantorvich (1929), el cual trató un grupo de veinte alcohólicos. Apareó repetidamente con el shock, la vista, olor y sabor de bebidas alcohólicas, junto con unas tarjetas que contenían el nombre de la bebida. El tratamiento duró de 5 a 18 sesiones.

Aunque no se tienen más detalles sobre el procedimiento, el autor señala que 17 de 20 pacientes adquirieron reacciones estables de aversión al alcohol. En el seguimiento de 3 semanas a 20 meses de duración, el 70% del grupo total permaneció abstinentemente.

Por otra parte, utilizó un grupo control de 10 pacientes que habían recibido hipnosis o medicación como tratamiento para su problema de bebida, siete -pacientes de este grupo no llegaron a terminar el -tratamiento.

Posteriormente en los años 60, vuelven a surgir trabajos de tratamientos aversivo eléctrico para el alcohol, debido fundamentalmente a las dificultades de aplicación de estímulos químicos (Rachman, 1965), que producen problemas de asociación y un gran rechazo por parte de los pacientes y los terapeutas debido a lo desagradable del método.

Blake (1965-67) trató 25 alcohólicos crónicos utilizando un paradigma de aprendizaje de escape. En su procedimiento los electrodos se colocaban ini

cialmente en el antebrazo del paciente y posteriormente variaba el lugar de una sesión a otra. Al paciente se le daban las instrucciones de que escogiera su bebida alcohólica preferida, la saboreaba -- pero no llegara a tragarla. A continuación se le administraba un shock, juzgado previamente como desagradable por el paciente. El shock terminaba justo cuando el paciente escupía el alcohol. La intensidad del shock fué incrementada gradualmente en los ensayos para prevenirle de una adaptación.

Se utilizó un programa de refuerzo parcial, en el cual solamente el 50% de los ensayos se castigaba con el shock. En el resto de los ensayos aparecía una luz verde para indicar a los pacientes que tenían que tirar el alcohol. El tratamiento se aplicó a 25 pacientes administrando de 3 a 36 sesiones durante un período de tiempo de 4 a 8 días. Este -- grupo se comparó con otro de 37 pacientes que recibieron un tratamiento de entrenamiento en relajación muscular profunda, además de la aversión eléctrica.

Se hizo un seguimiento de 12 meses de duración aplicando a los pacientes los siguientes criterios: abstinentes, mejoría (bebida social o mejoría general) y recaída.

Los resultados para el grupo que solamente había recibido terapia aversiva, fueron: un 23% abstinentes, un 27% con mejoría, un 27% había recaído y -- un 23% no localizado; y para el grupo que recibió relajación junto con la terapia aversiva: 46% abstinen

tes, 13% mejoría, 30% recaída y un 11% no localizados.

Macculloch, Feldman, Orford y Macculloch (1966) trataron cuatro pacientes alcohólicos utilizando un paradigma de aprendizaje de evitación anticipatorio.

El procedimiento era el siguiente: al paciente se le presentaba una jerarquía de estímulos en orden ascendente de atractivo, que consistía en una serie de fotografías sobre bebidas alcohólicas así como botellas reales de licores. Un shock eléctrico situado en la pierna del paciente se daba después de un período de ocho segundos a la presentación de cada estímulo de la situación. Durante este tiempo (ocho segundos) el paciente podía evitar el shock presionando para que salieran unas fotografías sobre zumos de naranja. El número de sesiones varió entre los pacientes, administrando de diez a cuarenta. El tratamiento terminaba cuando el paciente expresaba una falta de interés por el alcohol. Las latencias de respuesta al estímulo del alcohol y los registros sobre el ritmo del pulso, indicaron que ninguno de los pacientes había desarrollado una respuesta de evitación condicionada al alcohol.

Los autores atribuyeron sus fracasos a la posible "necesidad biológica patológica" que los pacientes presentaban ante el alcohol, y al hecho de que algunas modalidades sensoriales con respecto al alcohol no estuvieron presentes en el condicionamiento.

Morosko y Baer (1970) utilizaron una variedad del paradigma del condicionamiento de evitación para

tratar a tres pacientes alcohólicos no hospitalizados. . . Sus procedimientos consistían en alternar ensayos de condicionamiento (alcohol-shock), junto con ensayos de evitación. Durante los ensayos de condicionamiento, les decían a los pacientes que bebieran una serie de dos bebidas alcohólicas y cuatro no alcohólicas. Un shock eléctrico se les administraba en la -- pierna a continuación del consumo de las bebidas alcohólicas.

Durante los primeros ensayos de evitación se -- le decía al paciente que consumiera solamente cinco de las seis bebidas presentadas. De esta manera, podía evitar el 50% de los shocks al dejar una de las bebidas alcohólicas. Eventualmente, a los pacientes se les decía que solamente bebieran cuatro bebidas y dejaran dos, así podría evitar todos los shocks.

El número de sesiones por paciente varió de -- seis a diecinueve, con un total de setenta y dos ensayos por cada sesión. El éxito del tratamiento se -- midió por el porcentaje de ensayos de evitación en los cuales se rechazaba la bebida alcohólica y por las latencias medias de consumo de bebidas no alcohólicas y rechazo de bebidas alcohólicas. Los resultados indicaron que todos los pacientes señalaron grandes cambios en estas medidas, llegando a un 100% de evitación al final del tratamiento. En un seguimiento que se hizo a los diecinueve meses, se encontró -- que uno de los pacientes estaba totalmente abstinentes, y los otros dos estaban bebiendo con moderación.

Chapman, Burt y Smith (1972) utilizaron un procedimiento similar para evaluar los resultados del tratamiento con diez pacientes alcohólicos hospitalizados.

A los pacientes se les daba la instrucción de que no llegaran a tragar la bebida alcohólica que escogieran, sólo debían introducir una pequeña cantidad en su boca y después tirarla. Se estableció una línea base, en la cual los pacientes podían escoger veinte bebidas de una amplia gama de bebidas alcohólicas y no alcohólicas. Durante el condicionamiento de elección forzosa, se les pedía a los pacientes que eligieran quince bebidas alcohólicas consecutivamente y, se aplicaba un shock eléctrico en el antebrazo contingente con cada sorbo de bebida. Posteriormente había una fase de elección libre, en la cual se les permitía a los pacientes elegir libremente las bebidas, de tal manera que podían evitar todos los shocks al escoger solamente bebidas no alcohólicas. Cada paciente recibió cinco sesiones de condicionamiento diario; también se dieron sesiones de re-condicionamiento en intervalos de uno a tres meses. Los resultados indicaron que 7 de los 10 pacientes que recibieron este tratamiento, incrementó su porcentaje de elección de bebidas no alcohólicas de un 30% durante la línea base a un 100% al final de la sesión de elección libre. Estos pacientes permanecieron abstinentes después de nueve meses del tratamiento, mientras que los otros tres, volvieron a beber en exceso. Además de la terapia de aversión eléctrica, todos los pacien

tes recibieron un tipo de entrenamiento donde se les enseñaba a asociar sus necesidades hacia la bebida - con un sentimiento emocional para no beber y a tener en cuenta los beneficios obtenidos por la abstinencia. También se les enseñaba a los pacientes por medio de role-playing a rechazar bebidas.

A pesar de los buenos resultados de la mayoría de los estudios anteriores, la no existencia de grupos de control bien diseñados ha determinado su crítica y la aparición de otros estudios con mejor diseño experimental que pudieran replicar sus resultados.

Utilizando un paradigma de escape, Vogler y Cols (1970) trataron a un grupo de 73 varones alcohólicos que fueron asignados aleatoriamente a distintos tipos de tratamiento.

- Grupos Experimentales:

- a) Condicionamiento único: shock contingente.
- b) Re-condicionamiento: Sesiones adicionales de condicionamiento después de salir del hospital.

- Grupos Control:

- a) Pseudocondicionamiento: Shock aleatorio.
- b) Condicionamiento simulado: no shock.
- c) Grupos de apoyo: tratamiento standar del hospital.

El procedimiento experimental, se puede resumir de la siguiente manera: Los electrodos fueron coloca-

dos en el pulgar y meñique de la mano no dominante, - la intensidad inicial del shock fué de 3 miliamperios, aunque se hicieron ajustes de acuerdo con las diferencias individuales. Se utilizó una variedad amplia de licores para facilitar la generalización de la evitación condicionada al alcohol. La instrucción que se - daba a los sujetos es que tomaran un trago de la bebida, sin llegar a tragarlo. Debían tomar al menos 20 - tragos durante cada sesión. Se dieron dos sesiones -- diarias de 45 minutos de duración durante 10 días, administradas en un bar simulado. El estudio de seguí--imiento se hizo a los 8 meses, localizando a 51 pacientes del grupo original.

Los resultados indicaron que el método de condicionamiento de aversión eléctrica, en los grupos experimentales, redujo significativamente la bebida comparando con los grupos control. Las recaídas se daban - significativamente más tarde en los grupos de recondicionamiento y condicionamiento único que en los grupos controles. Las recaídas se daban significativamente - más tarde en el grupo de recondicionamiento que en el de condicionamiento único. Todos los resultados parecen indicar que el condicionamiento de aversión eléctrica prolonga el período de sobriedad después de salir del hospital, datos que conviene tomar con precaución debido a las dificultades que tuvieron para el - seguimiento.

Vogler y Cols (1970) sacaron las siguientes conclusiones sobre el estudio:

- a) Superioridad de las técnicas de condiciona
miento sobre las tradicionales, especialmente
te en cuanto a la brevedad del tratamiento,
tan sólo dos semanas.
- b) Sin las sesiones de re-condicionamiento ha-
bía una tendencia a beber.
- c) Tal vez, una rutina a las sesiones de recon
dicionamiento y/o intervención ambiental fa
voreciera el control de la conducta de la -
bebida.
- d) Porcentajes inferiores de sobriedad en com-
paración con el estudio de Blake (1965), és
te utilizó condicionamiento único sin grupo
control.

Estas diferencias en los resultados se han atri
buído a la diferencia entre los pacientes de ambos --
grupos (de clase alta y pagados en el de Blake) y (de
clase baja y no pagados en el presente estudio).

Miller y Hersen (1972) llevaron a cabo un estu-
dio de caso único y demostraron cambios cuantitativos
en el consumo de alcohol como una función de la tera-
pia de aversión eléctrica.

El diseño experimental utilizado era del tipo
A-B-A-B para evaluar la conducta de bebida de un alco

hólico crónico, empleando un sistema de "prueba de sabor" como variable dependiente. Se utilizó también un condicionamiento de escape (Blake, 1965) con fases experimentales alternas de línea base y aversión eléc--trica, línea base, aversión eléctrica.

Se dieron dos sesiones diarias durante cinco - días consecutivos. No se administró tratamiento durante la línea base. Para medir los avances del sujeto - se le pidió que tomara parte diariamente en una "prueba experimental" en la cual tenía que probar seis be-bidas (tres alcohólicas y tres no alcohólicas) y valorarlas en distintas dimensiones de sabor. Una vez realizada esta tarea, los experimentadores calculaban -- (sin el conocimiento del sujeto) la cantidad exacta - consumida en cada vaso, las sesiones de condicionamiento y las "pruebas de sabor" se hicieron en habitacio-nes diferentes, con la intención de que el sujeto no asociara los dos procedimientos.

Los resultados indicaron que durante las fases de aversión eléctrica se dió un descenso notable en - el consumo de alcohol. En un seguimiento de seis meses utilizando una "prueba de sabor" se observó una conti-nuidad en el descenso de consumo de alcohol. El suje-to y sus familiares indicaron que se había mantenido - totalmente sobrio.

Datos en contra de estos resultados son los obtenidos por Hallman y Cols (1972). Su hipótesis, que la aversión eléctrica produciría en el paciente una reac-ción condicionada de ansiedad al estímulo desviado (alcohol), no se pudo probar al utilizar como medidas la

respuesta psicogalvánica de la piel y la tasa cardíaca, sin embargo, encontraron que los sujetos informaron de sentimientos de repulsión o indiferencia al alcohol.

En un segundo estudio, Hallman y Cols.(1972), compararon un grupo de 10 pacientes alcohólicos que habían recibido terapia aversiva con otro grupo de 8 pacientes que no la habían recibido. El grupo de terapia aversiva no señaló cambios de haber desarrollado respuestas condicionales fisiológicas (resistencia a la piel y tasa cardíaca) al estímulo alcohólico. Los casos con éxito (en términos de abstinencia) fueron independientes del tipo de tratamiento utilizado, señalaron un incremento de tasa cardíaca significativa al estímulo alcohólico. Los autores concluyeron que los resultados obtenidos no apoyaban el modelo de condicionamiento clásico para la terapia de aversión eléctrica, sugiriendo una explicación cognitiva para los éxitos terapéuticos. Atribuyeron los éxitos terapéuticos a los elementos comunes no específicos de los diversos tratamientos (incluso no conductuales) y rechazaron los elementos específicos de los tratamientos aversivos.

En un estudio similar al anterior, Miller y Cols. (1973) evaluaron los resultados de la terapia de aversión eléctrica. Treinta pacientes alcohólicos crónicos fueron agrupados por edad, educación y duración del problema de bebida y asignados en grupos de diez a tres tipos de tratamientos:

- 1) Condicionamiento de aversión eléctrica: dos sesiones diarias durante diez días; la intensidad del shock varió entre 3 y 8 miliamperios.
Se utilizó un paradigma de escape (Blake, 1965), durante cada sesión se administraron 30 emparejamientos de sorbo de alcohol y shock.
- 2) Condicionamiento control: igual que el anterior - excepto la intensidad del shock, que era de 0.05 - miliamperios y permaneció igual durante todos los ensayos.
- 3) Terapia de grupo: seis sesiones de una hora de duración en días alternos durante 10 días.
El objetivo de estas sesiones era el conocimiento de los estímulos sociales y emocionales en relación al consumo excesivo de alcohol.

Los grupos 2 y 3 constituyeron los grupos control y todos los sujetos recibieron instrucciones para aumentar las expectativas hacia el éxito terapéutico.

Las medidas pre-tratamiento de consumo de alcohol y las actitudes al mismo fueron obtenidas por medio de una "prueba de sabor". La medida de la "prueba de sabor" se hacía una vez al día durante tres días consecutivos antes y después del tratamiento.

Al paciente se le permitía durante un espacio de tiempo de 10 minutos probar las bebidas y se valoraba:

- 1.- Cm³ consumidos de cada vaso.

2.- Puntuación en una escala evaluativa de diferencial semántico para cada bebida.

En el análisis de los resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al descenso de consumo o actitudes hacia el alcohol al comparar al grupo de terapia aversiva con los otros grupos.

El porcentaje de descenso de consumo de alcohol era similar en los tres grupos (36% Condicionamiento de aversión eléctrica, 37% Condicionamiento control, 30% Terapia de grupo).

Los autores, Miller y cols. (1973) considerando los datos obtenidos, señalan que los cambios producidos por la aversión eléctrica pudieran deberse a -- factores como: instrucciones terapéuticas, expectación del tratamiento o características del experimento, en lugar de factores del condicionamiento por sí mismo.

Wilson (1973) realizó un estudio para valorar la eficacia del método tradicional de la terapia de aversión eléctrica. A cuatro alcohólicos crónicos hospitalizados se les permitía consumir alcohol (30 o 2 como máximo a lo largo de un período de 24 horas). durante tres días consecutivos. Posteriormente y durante un período de cuatro días se administraba treinta ensayos de condicionamiento de escape o de condicionamiento retardado, y después se volvía al período de libre acceso al alcohol. Utilizando un diseño experimental cruzado, los resultados indicaron que con ninguno de los procedimientos se había reducido significativamente el consumo de alcohol.

Cuando se utilizaba un paradigma de castigo y el shock eléctrico se aplicaba directamente al consumo del alcohol en la situación de bebida libre, la conducta de bebida se suprimía significativamente. Sin embargo, si se retiraba el castigo, el consumo de alcohol se incrementaba hasta el nivel inicial de la línea base.

En la fase final del estudio, se examinaron los efectos del shock autoadministrado, para lo cual a los pacientes se les decía que se dieran ellos mismos un shock eléctrico contingente con el consumo de alcohol. Gradualmente el shock desapareció totalmente. El consumo de alcohol se suprimió significativamente y se mantuvo esta conducta aún en la ausencia del shock inmediato.

Interesados por estos resultados positivos, Wilson y cols. (1975) realizaron una serie de estudios para comparar:

- 1.- Un procedimiento de condicionamiento de escape y un procedimiento de castigo (ambos con shock eléctrico).
- 2.- Un procedimiento de castigo autoadministrado.

La investigación se hizo en un ambiente semi-natural, en régimen de ingreso en Hospital, utilizando medidas objetivas sobre consumo de alcohol al que se tenía acceso libre.

Todos los sujetos que participaron eran varones alcohólicos que habían fracasado en otros tratamientos.

Los resultados indicaron un fracaso del paradigma de escape para reducir la bebida. Los dos procedimientos de castigo redujeron el consumo, pero el auto castigo fué el más eficaz y persistente.

Estos hallazgos han hecho sugerir que en una situación controlada y con un buen apoyo social, la utilización de auto-castigo puede ser un método eficaz para controlar el consumo excesivo de alcohol.

Aversión Química

La terapia de aversión química, consiste en una asociación repetida entre el color, olor y gusto de las bebidas alcohólicas y una respuesta fisiológica desagradable producida por una sustancia química, dando como resultado la formación de una aversión condicionada a las bebidas alcohólicas.

Las sustancias químicas que más se han empleado como estímulo aversivo han sido:

- a) Emetina y Apomorfina que provocan náuseas y vómitos.
- b) Anectine, que provoca un estado de parálisis muscular y respiratorio.

a) Emetina y Apomorfina

Se atribuye la primera utilización de la apomor

fin a como estímulo aversivo químico, a Sluchevsky y Friken, quienes en 1933, trataron siete casos de alcoholismo, no llegándose a conocer los resultados - obtenidos en este tratamiento.

Dos años más tarde, Galant (1935), utilizó una versión modificada de este procedimiento y señaló - los resultados obtenidos en 22 casos. Tres de estos pacientes recayeron inmediatamente después de terminar el tratamiento, mientras que los otros diecinueve se mantuvieron abstinentes durante períodos de - tiempo diferentes, y dos (menos del 10%) permanecían todavía abstinentes al año del tratamiento.

El primero y más extenso programa de terapia - aversiva utilizando Emetina, se debe a Voegtein y -- cols. (1940). En un principio se explicaba a los pa- cientes en que iba a consistir el tratamiento y se les pedía que no tomaran alcohol una vez que se hubiera terminado dicho tratamiento.

Las sesiones de condicionamiento duraban alrede- dor de 45 minutos, con dos o tres ensayos (empareja-- miento de alcohol-vómito), haciéndose en días alternos. El número medio de sesiones era de 4 a 6, con lo que el tratamiento duraba aproximadamente 10 días. Después de completar el tratamiento, las sesiones de recondi- cionamiento se programaban, una para los seis meses o un año, o en cualquier momento que el paciente tuviera deseos de beber.

En las sesiones de condicionamiento se le daba - al paciente una mezcla de Emetina, Policarpina y Efe-- drina. Antes de producirse la náusea y el vómito (este intervalo de tiempo, se determinaba por observación --

anterior -"intervalo de náusea"-) se le pedía al paciente que pusiera en su boca 10 c. de whisky, lo sabo-reara y se concentrara en las sensaciones gustativas.

Además del procedimiento de aversión química, Voegtlin y cols. utilizaron técnicas de apoyo en sus programas de tratamiento. Se ocuparon fundamentalmente del entorno social, laboral y familiar, aplicando en algunos casos tratamientos de Pentotal, psicoterapia familiar y Antabus.

La inclusión de estos tratamientos adicionales, dificulta la evaluación de los efectos específicos de la terapia de aversión química.

Voegtlin y Broz (1949) y Lemere y Voegtlin (1942) describieron sus propios resultados con más de 4.000 - pacientes en un período de seguimiento de 13 años. Los pacientes fueron tratados desde el año 1935 hasta el 1948 y de los 4.468 pacientes del grupo original se - conocieron resultados a los 13 años en 4.096 casos.

Los métodos utilizados para obtener información sobre los resultados no están totalmente claros aunque parece que se pusieron en contacto con los pacientes - o sus familiares por correo o por teléfono.

Durante los trece años del seguimiento, un total del 15% de los pacientes se mantuvieron totalmente abstinentes del alcohol. Este porcentaje también incluye a aproximadamente 340 pacientes que recayeron después del tratamiento, y fueron tratados de nuevo con éxito.

Después del primer tratamiento, el 60% de los pacientes permanecieron abstinentes al menos un año.

El 51% durante dos años, el 28% durante 5 años, y el 23% al menos 10 años.

Los autores señalan que estos resultados son comparables con otros métodos de tratamiento, donde no aparecen tasas de abstinencia superiores al 24%.

Los resultados del tratamiento también se analizaron en términos de sesiones de recondicionamiento. Voegtlin y cols. (1942) demostraron que los éxitos del tratamiento a largo plazo estaban relacionados con las sesiones de recondicionamiento.

El 90% de 130 pacientes que recibieron sesiones adicionales de condicionamiento permanecieron abstinentes en el seguimiento.

La probabilidad de que los pacientes se mantuvieran sobrios estaba en relación con el número de sesiones adicionales de condicionamiento.

Aunque otras investigaciones clínicas sobre terapia aversiva no han sido tan extensas, sus resultados son similares a los anteriores. (Edlin y cols. - 1945; Shanchan y cols. 1946; Thirman, 1949; Wallace, - 1949). Los porcentajes de abstinencia para diferentes periodos de seguimiento varía entre el 30% y el 80%. Tales discrepancias pueden deberse a las diferencias entre las poblaciones estudiadas, diferencias en el procedimiento, o la utilización de tratamientos adjuntos.

Thirman (1949) describió los resultados utilizando Emetina en 245 pacientes, 125 (el 51%) había permanecido abstinentes, y 73 de éstos seguían abstinentes a los 4 años. Los resultados son similares a los de Voegtlin y colaboradores y también es similar el --

problema de interpretación ya que además del tratamiento aversivo recibieron algún tipo de psicoterapia.

Williams (1947) señaló los efectos de un tratamiento de aversión química en 35 pacientes. Solamente 18 pacientes llegaron a terminar el tratamiento y de éstos, 16 pacientes tuvieron mejoría: 11 pacientes habían vuelto a beber moderadamente sin llegar a intoxicarse, mientras que cinco pacientes mostraban una aversión total hacia el alcohol. De los 17 pacientes que no terminaron el tratamiento, 3 pacientes dejaron de beber, 2 lo hacían con moderación y 12 habían recaído.

Raymond (1964) hizo algunos cambios en el procedimiento de la técnica de aversión química. Utilizó Apomorfina, empezando por una dosis mínima para determinar el tiempo exacto desde la inyección hasta el comienzo de la náusea. Raymond consideraba que la respuesta deseada y suficiente para el tratamiento es la náusea, y no el vómito.

Una pequeña cantidad de náusea puede servir en las sesiones posteriores sin necesidad de aumentar la dosis. Durante el tratamiento se le instruye al paciente para que comience a beber justo antes de que la náusea aparezca y continúe bebiendo durante la primera parte de la náusea.

Raymond no es partidario de tener al paciente bebiendo durante todo el período de la náusea, para que no coincida la terminación de la misma y la bebi-

da. Se establece una jerarquía de menor a mayor sobre las bebidas favoritas del paciente, ofreciéndole la de mayor preferencia hacia el final del tratamiento, asumiendo que así la aversión será más fácilmente condicionada. En todas las sesiones, una vez que la náusea ha terminado, se le da al paciente expectativas positivas sobre el tratamiento y se discuten las consecuencias aversivas de sus hábitos de bebida.

La incorporación de aspectos educativos y psicoterapéuticos al tratamiento dificulta, como en el caso de Voegtlin, el conocimiento de la importancia del condicionamiento aversivo en los resultados positivos obtenidos.

Los estudios anteriores, aunque manejaron un número de sujetos importante, adolecen de la falta de grupo control, sin poder sacar conclusión de si los resultados se debían al tratamiento aversivo en sí mismo, a tratamientos adicionales, o simplemente a un efecto placebo.

Uno de los primeros estudios experimentales en este área, se debe a Wallerstein (1957). Comparó cuatro tipos de tratamiento:

- . Terapia de aversión química
- . Antabús
- . Hipnosis
- . Terapia ocupacional.

Las sesiones de condicionamiento para el grupo de aversión química se dieron a lo largo de cinco -- días, con un día más de prueba en el cual se daba al cohool en ausencia de Emitina. Durante este día final el 75% de los pacientes experimentaron náuseas y el 25% vómitos. Se administraron sesiones de recondicionamiento periódicamente.

Los resultados del tratamiento evaluaron en términos del grado de abstinencia, ajuste social, auto-evaluación de los sentimientos del paciente, cambios en la personalidad (a través de las observaciones -- psiquiátricas y datos del test psicológico). En base a estos criterios los pacientes juzgaban después del tratamiento como "mejorados" o "no mejorados".

Los porcentajes de mejoría para los cuatro grupos a los dos años del tratamiento fueron los siguientes:

Aversión química ...	24%
Antabús	53%
Hipnosis	36%
Terapia ocupacional.	28%

Estos porcentajes se calcularon del número total de pacientes de cada grupo independiente de los que - se hubieran perdido. Teniendo en cuenta solamente a - los pacientes localizados en el seguimiento, los porcentajes de mejoría fueron:

Aversión química ...	41%
Antabús	62%
Hipnosis	50%
Terapia ocupacional.	42%

Del análisis de los resultados se observa que el tratamiento de Antabús parece el procedimiento - más eficaz, y la terapia de aversión química es equivalente a los otros procedimientos.

No obstante, es preciso considerar los resultados con precaución debido a los errores metodológi-cos del estudio (Miller, 1976). No se calcularon comparaciones estadísticas para determinar la significatividad de las diferencias entre los grupos.

Los grupos no se igualaron con un criterio de homogeneidad en factores tales como: edad, educación y gravedad del problema de bebida.

En dos de los grupos (condicionamiento y terapia ocupacional, no había datos de seguimiento en un alto porcentaje de pacientes (42% y 38% respectivamente).

Los tratamientos no fueron homogéneos, en el sentido de que algunos grupos recibieron tratamiento adicional y al grupo de "Antabús", se le administró "una serie de cuidadosos ensayos de Antabús-Alcohol", para regular la dosis; estos ensayos pudieron haber constituido "sesiones de condicionamiento" al aparecer el alcohol con las reacciones fisiológicas aversivas del Antabús.

Wiens y cols. (1976) utilizaron un procedimiento de condicionamiento aversivo (con Emetina) semejante al de Voegtlin y Lemere.

La edad media de los pacientes era de 48,5 años, el nivel educacional medio de 13,8 años y solamente un 7,7% del grupo se encontraba sin empleo.

•

El grupo total estaba formado por 261 pacientes y al año del tratamiento se pudo conocer el estado en el 92% del grupo total. Los pacientes no lo calizados se contabilizaron como fracaso.

El seguimiento a los 12 meses daba una tasa de abstinencia del 53% (60% en el estudio de Voegtlin y cols.).

Otra forma de aplicación de terapia aversiva ha sido realizar el tratamiento en grupo.

Miller, Dvorak y Turner (1960) trataron grupos de cuatro alcohólicos con un procedimiento bastante similar a la técnica de Voegtlin y Lemere.

Se administró una sesión diaria durante dos semanas. Se les daba una mezcla de Emetina, Pilocarpina y Efredina después de que el paciente había bebido dos vasos de agua tibia. A continuación se abrían las botellas de licor y cerveza y se les pedía que olieran y probaran las bebidas.

La duración de las sesiones era entre 30 y 45 minutos o hasta que cada paciente mostrara un desagrado por la bebida alcohólica.

De los 10 pacientes que fueron seguidos a los 8 meses, sólo dos habían recaído volviendo a sus anteriores hábitos de bebida.

Una utilización a gran escala y rentable, desde el punto de vista económico del procedimiento de aversión química en grupo, se hizo en Rusia. Zuonikov (1968) trató a 1.100 alcohólicos crónicos en grupos de 40 a 45 pacientes. Durante las sesiones todos los pacientes recibieron inyecciones, aunque solamente

se les puso Apomorfina a alguno de ellos.

Los pacientes que recibían Apomorfina, no eran siempre los mismos, variaba de sesión a sesión.

El autor señala que solamente se necesitaron 5 o 6 ensayos para crear una aversión hacia el alcohol y la "sugestión" creada en el grupo hizo que la respuesta establecida fuese más estable.

Es posible que los procedimientos de grupo, - además de su capacidad aversiva en la sesión, ofrecen un refuerzo mutuo para la participación en la - terapia y el mantenimiento en la sobriedad una vez finalizado el tratamiento.

Además, ya que la mayor parte de la conducta - de beber ocurre en ambiente social, se facilita una generalización más rápida del tratamiento al ambiente natural (Miller, 1976).

b) Anectine

Utilizado para paliar el problema de inicio de la náusea y vómitos, producidos por la Emetina y la Apomorfina, el Anectine produce en el paciente una - parálisis respiratoria total, estando el sujeto plenamente consciente.

El efecto dura entre 60 y 90 segundos, y generalmente sólo se administra un ensayo de condicionamiento.

Los primeros autores que utilizaron el Anectine fueron: Sanderson, Campbell y Laverty (1963).

De los 15 sujetos tratados, 12 permanecieron abstinentes, después de una sola sesión de tratamiento.

Posteriormente, Clancy y cols. (1967) no pudieron replicar los buenos resultados de Sanderson.

Antes de comenzar el tratamiento se les daba unas vagas indicaciones sobre las dificultades cardíacas que pudieran ocurrir. Después se les advertía que ya no podrían consumir alcohol. Durante el tratamiento se aplicaba un goteo intravenoso de Anectine (10 mg.) en el brazo, cuando el goteo empezaba y estaba preparada la inyección de Anectine, se le daba al paciente un vaso de bebida alcohólica favorita. Se le daban instrucciones para que la mirase y la oliese durante 20 seg. y después la devolviera al terapeuta.

Este procedimiento se repetía cada minuto. En la cuarta repetición se le pedía al paciente que probase la bebida y se daba una señal para administrar la Anectine.

Los resultados indicaron que no había diferencias en porcentaje de abstinencia entre el grupo que recibió el tratamiento de Anectine y un grupo de control que recibió el mismo tratamiento sin Anectine. Había alguna tendencia en estos grupos a ir mejor -- que un tercer grupo que recibió psicoterapia y farmacoterapia.

El hecho de que el grupo control fuese tan bien como el grupo de tratamiento y mejor que el tercer -- grupo que recibió otro tratamiento, sugiere un efecto

de expectativa como variable terapéutica importante en este paradigma.

Similares resultados fueron obtenidos por - - Madill y cols. (1966) y Farrar y cols. (1968). Estos últimos hicieron seguimientos más a largo plazo, observando que al año del tratamiento, sólo permanecieron abstinentes dos sujetos de un grupo de 9 alcohólicos tratados.

Como en la utilización de estimulación aversiva eléctrica, los estudios de tratamiento con aversión química sugieren que los buenos resultados están muy influenciados por factores cognitivos, especialmente de expectativas de cambio por parte de sujetos y terapeutas y es difícil saber cuanto se incrementa la eficacia por el condicionamiento aversivo estricto.

- Procedimiento aversivo simbólico (sensibilización encubierta).

Esta técnica consiste en el emparejamiento de escenas imaginadas sobre la bebida con escenas imaginadas de sucesos o sentimientos desagradables tales como la náusea y el vómito.

Durante cada sesión se presentan de diez a veinte emparejamientos. Cuando el sujeto está en un estado de relajación, se le describen con detalle las escenas de sus episodios de bebida, dando espe-

cial énfasis a los comienzos de la secuencia de beber, la necesidad de beber, su acercamiento a la bebida, etc.

Frecuentemente se añaden escenas de alivio, - en las cuales los sentimientos imaginados de relajación y bienestar se emparejan con la evitación y rechazo del alcohol.

Se pide al sujeto que practique estas asocia-ciones en casa y que las utilice como forma de autocontrol en los momentos que siente necesidad de beber.

Si las imágenes de náusea y vómito no resultan aversivas por haberlos experimentado muchas veces - en el pasado, se suele obtener información de estímulos desagradables para el sujeto a través de algún cuestionario de miedos, para utilizarlos en el emparejamiento posterior.

Una de las primeras aplicaciones de la técnica al campo del alcoholísmo, la realizó Miller (1959).

En estado hipnótico se sugirieron a los sujetos sensaciones de náusea y vómito asociadas al olor y - sabor de bebidas alcohólicas. De los 24 pacientes tratados, 20 (83%) se mantuvieron abstinentes en un seguimiento realizado a los 9 meses.

Posteriormente, Cautela (1966) descubrió en - esencia, la misma estrategia a la que llamó Sensibilización encubierta, tratando a una mujer alcohóli-
ca.

En un estado de relajación profunda le hizo imaginar escenas de náusea y vómitos asociadas al beber. Al - cabo de 8 sesiones se consiguió la abstinencia que - perduraba en el seguimiento de 8 meses.

Sin embargo, al haber incluido también Desensi bilización Sistemática y entrenamiento asertivo, es difícil valorar la eficacia de la sensibilización en cubierta en sí misma.

Anant (1967, 1968) trató 26 sujetos alcohólicos realizando la "sensibilización encubierta en grupo". Después de 5 sesiones de tratamiento, el 96% de los pacientes permanecían abstinentes en un período - - entre 8 y 15 meses. En seguimientos posteriores sólo 3 (20% de los pacientes) habían logrado mantener la abstinencia.

En estudios más controlados se ha intentado com - parar la eficacia de la "sensibilización encubierta" con otras técnicas de tratamiento.

Ashem y Donner (1968), evaluaron los efectos de la "sensibilización encubierta" en grupos de 23 pacien - tes.

Un primer grupo recibió nueve sesiones de sensi - bilización standar, en un período de 3 semanas. Un se - gundo grupo fué tratado con un paradigma de condicio - namiento retardado, en el cual las imágenes aversivas precedían a la imagen de beber. Un tercer grupo se -- utilizó como grupo control.

A medida que el tratamiento avanzaba, los suje - tos del grupo segundo asociaban automáticamente el al

cohol con la náusea y el vómito a pesar del paradigma propuesto.

Los resultados a los seis meses indicaron un 40% de abstinentes en los sujetos tratados y ningún sujeto sobrio en el grupo control.

Hedberg y Campell (1974) trataron a 15 alcohólicos con 20 horas de "sensibilización encubierta" a lo largo de un período de seis meses. Cada sesión incluía 10 escenas imaginarias.

De los 15 sujetos, seis (40%) consiguieron abstinencia o bebida controlada, y cuatro (27%) habían "mejorado bastante".

Comparándolos con otros tratamientos de desensibilización sistemática y terapia familiar, que obtuvieron una tasa de éxito de 87%, sus resultados indican poca eficacia.

Wilson y Tracey (1976) utilizando diseños de sujeto único, compararon los efectos de la imaginación aversiva en una situación de alcohol libre en el laboratorio. La mitad de los ensayos eran escenas de castigo, la otra mitad escenas de alivio.

Se realizaron dos experimentos. En el primero se permitió a cuatro alcohólicos que bebieran libremente para poder establecer la línea-base. Después 2 sujetos recibían sesiones de "sensibilización encubierta". otros dos recibían condicionamiento de escape - eléctrico, éstos dos sujetos abandonaron el tratamiento.

Después de una segunda fase de línea-base, a los sujetos que permanecieron en el tratamiento se les dió una sesión de ensayos de aversión eléctrica, completándose con un nuevo período de línea-base.

El descenso de consumo de alcohol fué de 49% y 71% en los sujetos.

En el segundo experimento, réplica del anterior, trabajaron con 3 sujetos de los cuales uno fracasó en generar imaginación aversiva, de los otros dos, sólo uno dejó de beber en el seguimiento.

Miller y Hersen (1972) utilizaron sensibilización encubierta con un varón de 30 años y una historia de abuso de alcohol de 5 años. El tratamiento se dividió en cuatro fases:

- Línea-base
- Sensibilización encubierta
- Procedimiento de extinción (se presentaban las mismas escenas de bebida, pero omitiendo náusea y vómito).
- Sensibilización encubierta.

El descenso de bebida se dió en las dos fases de "sensibilización encubierta" y no cuando sólo se dieron factores de atención placebo, lo cual iría a favor de la utilidad de la técnica.

Un factor importante de eficacia parece ser el número de emparejamientos ya que cuando el número de

asociaciones bajó, la eficacia quedó sensiblemente afectada.

Rohan (1970) realizó un estudio comparando, sensibilización encubierta con aversión eléctrica, en un grupo de 30 alcohólicos hospitalizados.

Los sujetos fueron divididos en dos grupos de tratamiento. No se utilizó grupo control.

Al grupo de condicionamiento aversivo, se le dio la oportunidad de elegir beber entre 6 clases de bebida, tres de las cuales tenían alcohol. A los sujetos se les dio un shock eléctrico si probaban las bebidas alcohólicas y lo evitaban si elegían beber las no alcohólicas.

A los sujetos de la sensibilización encubierta se les pidió que se imaginaran una escena en la que se sentían enfermos y vomitaban cuando pedían una be bida alcohólica. La escena se presentó durante 22 días de tratamiento. Después de cada sesión se les pidió que practicasen imaginar la escena durante el día. A los tres meses de terminar el tratamiento, el 58% del grupo de aversión eléctrica permanecía sobrio mientras que el grupo de sensibilización sólo lo había conseguido en un 20% de sus sujetos.

El hecho de hacer un sólo ensayo en cada sesión reduce el tratamiento a sólo un par de sesiones del procedimiento standar realizado por Cautela, lo cual hace que no sea sorprendente el resultado obtenido.

Unido a las dificultades de conseguir resultados positivos por utilizar pocos ensayos de tratamien

to, la sensibilización encubierta tiene problemas - cuando el sujeto tiene una pobre imaginación, o muy pocas escenas aversivas para utilizar.

En general se podría decir que no es una técnica ni poderosa ni básica, aunque pueda incluirse dentro de un conjunto de técnicas como ayuda al tratamiento (Cautela, 1970; Wisocki, 1972).

Conviene destacar la importancia que tienen - las sesiones de recondicionamiento en el seguimiento de todos los tratamientos aversivos para el buen pronóstico.

Los análisis que hicieron Voegtlin y Lemere - (1950) demostraron que la tasa de abstinencia post-tratamiento estaba correlacionada positivamente con el número de sesiones de recondicionamiento. Los alcohólicos de su grupo que mostraban una buena disposición a las sesiones de recondicionamiento, tenían aproximadamente un 86% de probabilidad de mantenerse abstinentes al menos un año (Bandura, 1969).

De los pacientes de Wiens y cols. (1976) que permanecieron en abstinencia durante un año, el 67% recibió una media de seis sesiones de recondicionamiento.

También se considera importante incluir las - sesiones en un conjunto de técnicas de tratamiento, tales como refuerzo social, procedimientos aversivos, etc.

INVESTIGADOR	Nº DE CASOS	ESTIMULO AVERSIVO	ABSTINENCIA COMPLETA %	DURACION SEGUIMIENTO
Edlin, Jhonson, Hletko y Rleilbrunn, (1945).	63	Emetina	30	3 - 10 meses
Kant (1945)	31	Emetina	80	No especificad
Lemere y Voegtlin (1950)	4096	Emetina	51	1 - 10 años.
Miller, - Duorak y Turner (1960)	10	Emetina	80	8 meses.
Shanchen y Hornick (1946)	24	Emetina	70	9 meses.
Thimann (1949)	275	Emetina	51	3- 7 años.
Wallace (1949)	31	Emetina	42	4-17 años.
De Morsier and Feldman (1956)	150	Apomorfina	46	8-31 meses.
Mestrellet y Lang (1959)	183	Apomorfina	41	
Ruck (1956)		Apomorfina	50	1-5 años.

195

INVESTIGADOR	Nº DE CASOS	ESTIMULO AVERSIVO	ABSTINENCIA COMPLETA %	DURACION SEGUIMIENTO
--------------	-------------	-------------------	------------------------	----------------------

Kantorovich (1934)20....	Shock eléctrico.....	82.....	3 semanas 20 meses.
-----------------------	------------	-------------------------	---------	------------------------

Blake (1967)25....	Shock eléctrico.....	23	12 meses.
	37....	Shock eléctrico.....	48	12 meses.
		más Relajación		

Miller (1959) 24....	Aversión Verbal.....	83.....	9 meses.
------------------	--------------	-------------------------	---------	----------

Anant (1967) 26 ...	Aversión Verbal	96	8-15 meses.
-----------------	--------------	--------------------------	----------	-------------

Ashem y Donner (1968)15....	Aversión Verbal	40	6 meses.
-----------------------------	-------------	--------------------------	----------	----------

4.1.2. Técnicas de manejo de la ansiedad

Otra forma de tratamiento ha sido atender a los factores emocionales de los sujetos, suponiendo que la ansiedad y la no manifestación de los sentimientos, deseos, etc. llevaba al sujeto a beber.

Muy pocos han sido los autores que han utilizado la técnica de Desensibilización Sistemática como único ingrediente del tratamiento de alcohólicos.

Kraft (1969) y Kraft y Al-Issa (1967, 1968), - informaron de éxito en el tratamiento de 8 varones - alcohólicos tratados con relajación y desensibilización Sistemática.

Lanyon, Primo, Terrell y Wener (1972) comparando los efectos de la Desensibilización Sistemática - con la utilización de un grupo de discusión, encontraron un porcentaje de abstinencia de 71% en el primer grupo en comparación con un 25% obtenido en el - segundo grupo.

El entrenamiento asertivo se ha utilizado principalmente en el tratamiento de la interacción familiar de los alcohólicos.

En un estudio de caso único, Eisler, Miller y Hersen (1973) trataron a una pareja en la que el varón era alcohólico, mediante un entrenamiento en asertividad del sujeto lo cual repercutió en un descenso importante de la conducta de beber y en una modificación de su interacción matrimonial.

Posteriormente Eisler, Miller, Hersen y Alford (1974) realizaron un entrenamiento asertivo similar a un varón de 52 años, cuyos episodios de bebida des controlada se daban después de un conflicto matrimonial. Se registró en video-tape la conducta que realizaban cuando estaban discutiendo sus dificultades matrimoniales. Para el entrenamiento asertivo se eligieron cuatro conductas problemáticas:

- 1) Duración de la mirada
- 2) Duración de lo que hablaba cada uno
- 3) Peticiones que se hacían a la pareja para que cambiara su conducta.
- 4) Latencia de las respuestas.

La grabación se hizo antes y después de un entrenamiento asertivo intenso. Después del tratamiento la frecuencia de comentarios hechos por la esposa para dejar de beber descendió casi a cero, en correspondencia a un descenso importante por parte del marido de consumo de bebidas alcohólicas.

Un problema importante en los matrimonios con problemas de alcohol de larga duración es que la mera visión de las bebidas alcohólicas o su mención desencadena en la pareja una cadena de conductas coercitivas, incluso cuando se bebe con moderación.

Cheek, Franks, Lancius y Burtle (1971) realizaron un grupo de entrenamiento a las mujeres de sus pacientes alcohólicos, para que pudieran utilizar los principios de conducta en la modificación de las relaciones familiares. Se les pidió que aplicaran estos conocimientos adquiridos a tres conductas específicas:

la agresividad, el aislamiento social y la no responsabilización de la familia. No se les dió ningún -- otro tipo de instrucción de cómo manejarse con la bebida. Los resultados indicaron que ninguna mujer fué capaz de aplicar consistentemente estas respuestas -- ya que estaban tan sensibilizadas a la conducta de -- beber de sus maridos que la ansiedad inhibía los cambios de conducta.

Se ha sugerido que dado los aspectos emocionales tan intensamente ligados a la conducta de beber de los alcohólicos, los familiares necesitan una -- Desensibilización Sistemática previa a la aplicación de los principios operantes para facilitar y/o conseguir una extinción de las riñas, quejas, etc. familiares.

El entrenamiento asertivo también se ha aplicado como forma única de tratamiento por Eisler, Hersen y Miller (1974) en un varón alcohólico crónico de 34 años cuyos episodios de bebida los precipitaba las situaciones de tensión emocional en su trabajo: incapacidad para enfrentarse a sus subordinados cuando su trabajo era inadecuado, el realizar peticiones irracionales de su jefe, el no rechazar los precios excesivos de un vendedor o no manejarse de forma adecuada con peticiones absurdas de los clientes. Todo esto le llevaba a beber de forma descontrolada. El tratamiento asertivo a través de grabaciones en videotape y role-playing le llevaron a eliminar tanto -- las situaciones de sometimiento como las de bebida.

4.1.3. Técnicas operantes

Los sistemas de economía de fichas se aplicaron en un contexto social por Hunt y Azrin (1973) - (ver programas de bebida controlada) con un nivel de eficacia muy elevado que compensaba el esfuerzo y medios dedicados. Con menos pretensiones, sin embargo, existen otros programas en los que las fichas se daban contingentes a la ejecución de tareas incompatibles con la conducta de beber. El primer trabajo lo hizo Narroll (1967): su objetivo fue incrementar la conducta de trabajo en el medio hospitalario como forma de conseguir la abstinencia de los sujetos.

A los pacientes se les pagaba 100 puntos por cada hora de trabajo y con ellos podían obtener una habitación más amplia, mayores posibilidades de ocio, etc. Con este sistema se consiguió que los sujetos -- trabajaran un promedio de 8 horas diarias en comparación con las 4 horas conseguidas en un grupo al que no se les aplicó la economía de fichas. Un problema importante del estudio fue que no se hizo seguimiento después de la hospitalización.

Rozynko, Flint, Hammer, Swigt, Kline y Kuig - (1971) utilizaron un sistema de economía de fichas también en un medio hospitalario. La finalidad del programa fue reforzar respuestas incompatibles con beber -- tales como atender a clase, acudir a sesiones de desensibilización sistemática y entrenamiento asertivo. También se utilizó dinero si mantenían la abstinencia. A los sujetos se les pedía conductas específicas para facilitar una aproximación positiva al problema de la

bebida.. Estas conductas eran, entre otras, respirar de forma adecuada y realizar conductas sociales asertivas (mantener la mirada, hablar, escuchar, etc.). Unido a la entrega de fichas se dió refuerzo social. Al final del programa, los sujetos dedicaron un promedio de 76 días de participación activa, que correspondía a unas 30 horas a la semana.

En un hospital de veteranos de guerra, Miller, Stafford y Hemphill (1974) realizaron un programa similar de economía de fichas utilizando un conjunto de técnicas de tratamiento muy amplio, tales como terapia aversiva, entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, práctica de conductas alternativas en grupo y consejo matrimonial.

A los pacientes se les reforzó por realizar actividades sociales y personales (cuidar su higiene, llegar a tiempo, resolver adecuadamente los conflictos de relación) y de trabajo (participar en el trabajo del hospital y realizar entrevistas encaminadas a encontrar un trabajo). Se estableció un coste de respuesta por conductas violentas y por conductas irresponsables (no hacer el trabajo asignado o no ir a la sesión de tratamiento) y por beber. La bebida estaba castigada con la pérdida de todo lo acumulado en los tres días anteriores.

Sin ser de forma tan estructurada como una economía de fichas, la aplicación de refuerzos contingentes a la abstinencia ha sido utilizada para el trata-

miento de alcohólicos en regimen ambulatorio.

Sulzer (1965) trató a un varón alcohólico haciendo contingente a las bebidas no-alcohólicas la compañía de amigos y colegas. Para ello pidió a -- los amigos del sujeto que se juntaran periódicamente para "beber". Si el sujeto pedía bebidas alcohólicas, ellos se tenían que marchar, mientras que - si pedía bebidas no alcohólicas permanecían con él proporcionándole refuerzo social mediante una conversación amistosa y un incremento en atención.

Aunque el sujeto dejó de beber, no se tiene ningún conocimiento de los resultados al cabo de - un cierto tiempo, ya que no se hizo ningún seguimiento.

En general, con la mayoría de los alcohólicos es necesario utilizar refuerzos más potentes y consistentes que los aplicados en el estudio anterior.

Miller, Hersen, Eister y Watts (1974) trataron a un varón alcohólico de 49 años con varios fracasos de tratamiento, hospitalizaciones y encarcelamientos. Como refuerzo utilizaron dinero. Hicieron un diseño experimental ABCB, dividido en cuatro fases de tres semanas de duración cada una. Durante la primera fase de línea base se registraron de forma aleatoria diferentes niveles de alcoholemia del sujeto. Durante las tres semanas de la segunda fase, el sujeto recibió cupones de 3 dólares contingentes a la medida de si alcoholemia cofrespondiente a 0,00, es decir, contingentes a la abstinencia. Durante la tercera -

fase, se le dió también el refuerzo pero no se hizo contingente a la alcoholemia. En la cuarta fase nuevamente, los refuerzos se dieron contingentes a un nivel de alcoholemia de 0,00. Sólo en las fases contingentes logró el sujeto controlar su bebida y estar abstinentes.

4.2. TRATAMIENTOS ENFOCADOS A LA BEBIDA CONTROLADA

Quizás uno de los objetivos más importantes cuando se tratan sujetos con problemas graves de alcohol es conseguir que el sujeto no se pierda - en las primeras sesiones de tratamiento. Un porcentaje importante de individuos a los que se les plantea como única alternativa la abstinencia, ven esta meta demasiado difícil y abandonan el tratamiento. Durante mucho tiempo este abandono se interpretaba por los terapeutas como expresión de que el sujeto no quería "realmente" dejar de beber. El rechazo - se atribuía a una falta de motivación y se perdían los sujetos sin que se les pudiera ofrecer otra alternativa. Además, si durante el proceso de tratamiento el sujeto bebía, aunque fuera en cantidades mínimas, los terapeutas interpretaban esta bebida como un fracaso o un mal menor que en un período - más o menos largo de tiempo iba a desembocar en -- nuevos episodios de descontrol y abuso.

El cambio de perspectiva a la hora de interpretar que un sujeto con problemas de alcohol quiera beber moderadamente, y que en ocasiones lo consiga, abrió un nuevo camino a la esperanza en la terapeútica del alcoholismo. El hecho de que un sujeto - que quiera modificar sus pautas de bebida se le pue dan ofrecer como posibilidades de tratamiento no sólo la abstinencia total sino el aprendizaje de una bebida controlada, supone un incremento importante en la tasa de sujetos que van a intentar un cambio,

aunque no todos logren una bebida normal.

Nuestro propósito es detallar minuciosamente todos los programas de bebida controlada que se -- han publicado y posteriormente delimitar a qué su jetos y en qué condiciones conviene plantearse como objetivo el control de la bebida. No todos los sujetos son condidatos ideales para este nuevo objetivo, pero hoy ya se saben algunas de las características que facilitan a los sujetos el conseguir lo.

Existen muchos detractores de esta nueva - y complementaria- meta de tratamiento, pero tanto la literatura como nuestros propios datos nos llevan a ser optimistas del futuro de la misma.

Conviene dejar bien señalado que en general - estos tratamientos han sido hechos por profesionales de amplia experiencia y conocimiento del campo y que exige un trabajo minucioso y entregado, adecuado -- para cada paciente individual. Exige también mucho cuidado de los familiares que tendrán que enfrentar se con la ansiedad que les produce ver al paciente- beber sin que eso sea negativo, cuando toda la infor- mación anteriormente recibida les está diciendo que esa meta es imposible. Si lo que lleva a un indivi- duo a no poder parar de beber son las propiedades - farmacológicas del alcohol, ¿cómo les vamos a conven- cer nosotros de que beber de forma moderada es posi- ble?. El reto es grande pero los resultados compen-- san cualquier esfuerzo.

TECNICAS PARA ESTABLECER LA BEBIDA CONTROLADA4.2.1. Entrenamiento en discriminación de alcoholemia mediante terapia aversiva.

En general, este entrenamiento consiste en enseñar a discriminar el nivel de alcoholemia del sujeto y utilizarlo para que éste se mantenga al beber en una concentración moderada de alcohol.

Se pide al sujeto que juzgue su nivel de alcohol en sangre a intervalos periódicos mientras consume bebidas alcohólicas. El feedback se le proporciona mediante el análisis del aliento de forma que aprenda la relación entre sus sensaciones y la alcoholemia.

El sujeto tiene que dirigir su atención a los propios estados emocionales y fisiológicos (p. ej.: temblor facial, mareosidad, etc.) asociados con las diferentes concentraciones de alcohol.

Una vez que se aprende a discriminar se utiliza este conocimiento de diferentes formas; la más utilizada ha sido haciendo un condicionamiento aversivo (aprendizaje de evitación). Se dice al sujeto que beba la cantidad de alcohol que quiera y se da un shock eléctrico contingente a determinados niveles de alcoholemia, generalmente entre 0,05% y - - 0,065%.

El shock se evita cuando se bebe moderadamente y a su vez la bebida moderada se refuerza de forma social o monetaria.

El entrenamiento en discriminación del Nivel de Alcohol en Sangre (BAL: Blood Alcohol Level) -- fué introducido por Lovibond y Caddy (1970) con la meta de enseñar a los alcohólicos a beber con moderación. Su tratamiento se compuso de 2 fases: una primera fase en la que se hacía un entrenamiento a discriminar la propia concentración de alcohol en sangre en un rango que oscilaba de 0 a 0,08% y una segunda fase con un condicionamiento aversivo a niveles de alcohol en sangre superiores a 0,065%.

Metodo

1. Entrenamiento en discriminación: se daba a los sujetos una lista de cuáles eran los efectos conductuales de las diferentes concentraciones de alcohol en la sangre.

Se les daba a beber una combinación de zumo de frutas y alcohol y se hacían pruebas repetidas de medición de alcohol en aliento.

Posteriormente eran los sujetos los que tenían que construir su propia escala de los estados subjetivos de acuerdo con los diferentes niveles de alcohol en sangre.

Este - entrenamiento se realizaba en una sola sesión que duraba hora y media.

2. Condicionamiento aversivo: Se puso a los sujetos electrodos en cara, cuello y barbilla, estableciendo un programa de 80% de shocks cuando las condiciones del análisis de aliento indicaran una alcohole-

mía de más de 0,065%.

Durante períodos de 5 a 7 días se hicieron 3 sesiones de 2 horas de duración y entre 8 y 10 shocks. - Posteriormente 3 sesiones con sólo 3 o 4 shocks y - se terminaba el tratamiento en función de la mejoría oscilando las sesiones entre 6 y 12 y el número de shocks necesarios entre 30 y 70, según los sujetos.

En el grupo control se hizo el entrenamiento en discriminación igual que en el grupo experimental, pero las contingencias aversivas se dieron a intervalos aleatorios y con niveles inferiores a 0,065% de BAL.

Sujetos

El único criterio de selección fué que aceptasen el shock eléctrico y la ausencia de trastornos psicológicos.

Participaron 44 sujetos entre 26 y 56 años de edad. 31 (25 hombres y 6 mujeres) en el tratamiento y 13 (10 varones y 3 mujeres) en el grupo control.

Sólo 3 sujetos no vinieron después de la primera sesión. El seguimiento se hizo entre las 16-60 semanas.

Resultados

<u>Categoría</u>	<u>Definición</u>	<u>Nº Sujetos</u>
Exito total	Bebida controlada exce _{diéndose de 0,07 sólo} raramente.	21
Mejoría notable	Beber menos, pero exce _{diéndose de 0,07 1-2} veces por semana.	3
Mejoría muy ligera	Bebida algo menos que antes.	4

Conclusiones

En ambos grupos se obtuvo una marcada reducción de la bebida después de la primera sesión. En el grupo de condicionamiento se dió un ligero incremento de bebida posteriormente al tratamiento, en el grupo control una vuelta rápida a los niveles pre-tratamiento. Se señalaba como interesante el haber en_{contrado} que, después del tratamiento aversivo, ha_{bía} un descenso en el deseo de beber y menos clara_{mente} una reacción aversiva condicionada (reacción de temor).

El tratamiento fué contestado y criticado, - por diversas causas tales como que el período de - seguimiento fué demasiado corto y los datos obteni

dos se basaron en los auto-informes de los pacientes. Se cuestiona el uso del shock eléctrico para realizar un condicionamiento aversivo discriminado al alcohol, dada la investigación realizada en los tratamientos aversivos para la abstinencia y la dificultad de que el shock sea eficaz en esta situación. Para Nathan y Lipscomb (1979) no es posible saber si los resultados de Lovibond y Caddy (1970) fueron debidos al mantenimiento de su capacidad para discriminar su alcoholemia o a las características de la demanda implícitas en cada nuevo tratamiento.

Posteriormente Caddy y Lovibond (1976) intentaron estudiar la contribución relativa al tratamiento del shock eléctrico, el entrenamiento en --discriminación de la alcoholemia y el entrenamiento en auto-regulación. Un primer grupo de sujetos recibió entrenamiento en discriminación de la alcoholemia mediante condicionamiento aversivo, entrenamiento en discriminación de la alcoholemia y entrenamiento en auto-regulación. El segundo recibió el segundo y tercer elemento del tratamiento y un tercer grupo recibió el primero y segundo elemento del tratamiento y no en auto-regulación. El primer grupo obtuvo resultados significativamente superiores a los otros dos y esta diferencia se mantenía a los seis meses del seguimiento.

Silverstein, Nathan y Taylor (1974) intentaron, también explorar los determinantes y la capacidad de controlar la conducta de beber por parte

de los alcohólicos utilizando, asimismo, un entrenamiento en estimar el nivel de alcoholemia.

Los sujetos fueron 4 varones voluntarios, alcohólicos hospitalizados, seleccionados con los siguientes criterios:

- a. Alcohólicos "gamma"
- b. No evidencia de daño cerebral o psicosis
- c. Interés en aprender a controlar la bebida.

Procedimiento

Fase I : Durante 10 días intentaron entrenar a los sujetos a estimar nivel de alcohol en sangre de forma fiable.

Cada vez que se daba feedback de su nivel se discutían las señales que le podrían servir para hacer su juicio.

Se reforzó con las estimaciones exactas - con refuerzo social y posteriormente refuerzo con dinero.

Fase II: Entrenamiento de control. Se les entrenaba a utilizar las estimaciones como estímulos discriminativos para decidir cuándo y cómo beber. Se define control como habilidad para mantener el nivel de 0,08%.

Se reforzó esta habilidad de control medida con alcohol en aliento y luego se fueron atenuando estos refuerzos.

Seguimiento: Se dió a cada sujeto 40 tarjetas con sellos para que las fueran enviando una - cada día. A las 10 semanas se tuvo otra entrevista con ellos.

Los resultados indicaron que los sujetos mejoraban sus estimaciones del nivel de alcoholemia mediante feedback ya en el primer día de entrenamiento y la fiabilidad de las estimaciones aumentó al utilizar los refuerzos. Las estimaciones descendieron en precisión al atenuar el feedback y el refuerzo. Sin embargo, por lo que se refiere a su implicación terapéutica, los resultados en el seguimiento revelaron que sólo un sujeto logró beber de forma - controlada durante todo este período y, además, fué el que peor había hecho las estimaciones de su alcoholemia durante el entrenamiento.

Bois y Vogel + Sprott (1974) obtuvieron resultados en contra de los obtenidos por Silverstein y otros. Trabajaron con 9 varones a los que se les -- proporcionó feedback de su nivel de alcohol en sangre mediante el análisis del aliento. Sus sujetos - no sólo aprendieron a estimar su alcoholemia de forma fiable, incluso a niveles bajos de concentración de alcohol, sino que mantuvieron esta precisión - - cuando se utilizó el feedback. Sin embargo, los sujetos de este estudio eran bebedores moderados, lo cual puede confirmar la idea expresada por otros -- autores (Marlatt y Nathan, 1978; Hodgson, 1979; --

Miller y cols. 1977) de que los alcohólicos tienen una deficiencia en percibir las señales interoceptivas que ocurren cuando se consume alcohol, y por tanto, dependen más de una información externa para control que de las propias señales internas.

4.2.2. Tratamiento aversivo a pautas alcohólicas de bebida.

Dentro de las investigaciones para el entrenamiento en bebida controlada, se realizaron algunos estudios para determinar si existían pautas de consumo específicas de los alcohólicos diferentes de los bebedores normales. Sobell, Schaefer y Mills (1972) llevaron a cabo una investigación con 49 sujetos de los cuales 26 eran pacientes alcohólicos y 23 bebedores normales. Los pacientes con síntomas de abstinencia anteriormente no habían consumido alcohol al menos las tres semanas antes del experimento. La edad media era en los alcohólicos de 38,69 y en los bebedores normales de 29,78 años.

El procedimiento se realizó en un bar experimental donde se sirvieron bebidas. En esta situación se estudiaron a los sujetos en grupos de tres y podían beber lo que quisieran sin superar las 16 onzas de licor o su equivalente, registrando su conducta mediante un circuito cerrado de TV.

Resultados:

Consumo.- Los alcohólicos ordenaron una media de -
15,27 tragos y los normales de 6,65.

Preferencia.- Los alcohólicos preferían bebidas fuertes
en un 54% de las veces frente al 18% de
los normales.

Magnitud del sorbo.- Los alcohólicos bebían, aproximadamente,
el doble en cada sorbo que los
normales.

Tiempo por bebida.- Los normales tardaron dos o tres
veces más en beber la copa que los alcohólicos.

Con esta idea de enseñar a los sujetos unas pautas
de bebida social, los mismos autores, Mills, - -
Sobell y Schaefer (1971) habían realizado un año antes
un estudio con la finalidad de examinar la validez
de los supuestos tradicionales sobre el alcoholís
mo, relacionados con la exigencia de abstinencia como
única forma alternativa a la bebida descontrolada y -
la utilización de esta abstinencia como única respuesta
de escape en los tratamientos aversivos.

En este estudio intentaron proporcionar una bebida
social como respuesta aceptable de evitación. -
Eligieron tres conductas consideradas como pautas alcohólicas
para realizar el tratamiento aversivo:

- Elección de bebidas de alta graduación
- Beber a tragos grandes
- Beber más allá del estado en que un bebedor social hubiese parado. . .

Se trabajó con 13 varones internados en un hospital. Utilizaron un bar experimental. Se dijo a los sujetos cuáles serían las contingencias antes de la primera sesión. Los sujetos recibían un shock cuando sus conductas se consideraban propias de bebida alcohólica, es decir, en función de la clase de bebida - que se pedía y del modo en que se bebía.

En las tres primeras sesiones seguían esta pauta y luego se presionaba socialmente de forma progresiva para que bebiesen más, si se aceptaban esas bebidas, recibían un shock.

Se hicieron un total de 14 sesiones experimentales con un máximo de dos horas de duración.

Hubo un seguimiento de seis semanas y seis meses.

Los resultados mostraron un descenso progresivo a partir de la 5ª sesión del número de bebidas fuertes que se pedían y la forma de beberlas. Esto se dio en el hospital, pero en el seguimiento sólo se obtuvo un éxito parcial en 2 sujetos que lograron mantener pautas de bebida social.

Ante estos resultados se plantea la necesidad de incrementar la generalización utilizando, además del bar experimental, sesiones de entrenamiento adicional en régimen ambulatorio para aumentar las ganancias

proponiendo el uso de dispensador de un shock portátil para que el propio sujeto se lo autoadministre en su medio.

Roitzsch y Kilpatrick (1973) realizaron un tratamiento aversivo a pautas alcohólicas a un grupo de 4 varones. Durante las sesiones de línea-base, se llevó a los sujetos a un bar simulado donde se les permitió beber en su forma habitual, registrándose la cantidad de alcohol consumida, la cantidad de hielo y de bebida no alcohólica que utilizaban para combinar con la alcohólica y la cantidad de tiempo que tardaban en consumir la bebida. Mientras los sujetos se servían la bebida y la consumían, se les midió la tasa cardíaca, el ritmo respiratorio y la actividad electrodérmica. Las sesiones de tratamiento se hicieron de la forma siguiente: se les dió un shock contingente al hecho de servirse más de 45 cc. de bebida alcohólica en el vaso, menos de 155 cc. de hielo o de bebida no alcohólica y/o si se consumía en menos de 30 minutos. A cada sujeto se le dió tantas sesiones como necesitó para conseguir tres sesiones seguidas sin precisar shocks. Los sujetos necesitaron entre 11 y 23 sesiones para conseguir el criterio. Las medidas en el post-test indicaron que todos los sujetos habían incrementado su emociionabilidad en la forma habitual de beber anterior al tratamiento.

Brown (1978) utilizó nuevamente este tipo de tratamiento en un estudio de caso único. Utilizó un paradigma de condicionamiento de evitación para con-

seguir bebida controlada en una mujer de 33 años - con necesidad de hospitalización por alcoholismo, intento de suicidio y graves problemas interpersonales. Llevó a cabo el tratamiento en régimen de internamiento dándole durante seis semanas shocks contingentes a pautas no controladas de bebida. Paralelamente recibió terapia de grupo. En el seguimiento a los 10 meses persistía su bebida moderada, aunque necesitó tratamiento para los problemas neuróticos. A los dos años seguía bien y bebiendo controladamente.

Para evaluar la necesidad y eficacia del tratamiento aversivo en los programas de bebida controlada, Miller (1978) diseñó un estudio con tres tipos de tratamiento: a) contracondicionamiento aversivo, b) entrenamiento en auto-control conductual, y c) entrenamiento directo en el control de la tasa de bebida y discriminación de alcohol en sangre.

Método

Se pusieron anuncios en los que se ofrecía un programa de tratamiento para bebedores con problemas que quisieran "reducir y controlar su bebida sin tener que dejar de beber", consiguiéndose 45 personas de las cuales 29 completaron las 10 sesiones de que constaba el tratamiento.

También recibieron sujetos que, a través de la brigada de tráfico, habían sido encarcelados por conducir bebidos, tratando a 17 de ellos.

Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a una de las tres formas de tratamiento.

Se utilizó un despacho convencional para las sesiones de evaluación y para el tratamiento en -- auto-control conductual, mientras que los otros dos tratamientos se realizaron en un ambiente de bar. En este bar simulado había un dispensador de shocks además del aparato correspondiente para medir el nivel de alcohol en sangre vía análisis de aliento.

Tratamientos:

a) Contracondicionamiento aversivo: Este programa se realizó en el bar simulado durante 10 sesiones semanales de 30 minutos de duración. El sujeto estaba -- sentado en el bar con los electrodos puestos en la mano no dominante. La intensidad del shock podía cambiar de nivel aleatoriamente, siempre doloroso pero no insoportable.

Se preparó a los sujetos las bebidas preferidas - - (Marlatt, 1976). Se les pidió que cogieran la bebida, la olieran y se imaginaran que la estaban probando pero sin llegar a hacerlo. Durante esta situación se administraron shocks de 1 seg. de duración mediante la presión por parte del sujeto de un pedal. Después el sujeto dejaba la bebida. Este tipo de ensayos se hizo de un mínimo de 40 veces hasta un máximo de 50.

b) Entrenamiento en auto-control conductual: La primera tarea fué de auto-observación y registro del ti

po y cantidad de bebida consumida, tiempo en consumirla y situación. Se ayudó a observar los estímulos antecedentes de la bebida excesiva y posteriormente se facilitaron métodos de auto-control englobados en tres estrategias fundamentales: -darse cuenta y alterar los antecedentes de la bebida excesiva. - reducir la tasa de bebida, - identificar y practicar alternativas al uso de alcohol (Miller y Muñoz, 1976).

c) Entrenamiento en discriminación de bebida controlada: Durante las primeras sesiones se pidió a los sujetos que bebieran e hicieran estimaciones de su alcoholemia y a las señales, tanto internas como externas, asociadas a las distintas concentraciones. - Se dieron shocks por encima de 0,065% de concentración de alcohol.

Durante las sesiones recibieron información sobre la conducta de beber, antecedentes y consecuentes del uso del alcohol. Posteriormente el tratamiento aversivo se dió a pautas de consumo alcohólicas.

Se hizo seguimiento de los sujetos a los tres meses y al año de finalizado el tratamiento.

Resultados

Según la tabla adjunta, un alto grupo de sujetos consiguió el objetivo de bebida controlada y, - además, esta pauta se mantuvo en los períodos de seguimiento, mejorándose los resultados al año de ha-

berse finalizado el tratamiento.

Los tres tratamientos mostraron una gran reducción del uso del alcohol; aunque los sujetos -- del grupo aversivo tuvieron una mejoría menos acusa da que los otros dos en el seguimiento a los tres - meses, sin embargo, se igualaron a los 12 meses. - Esta igualación la explican los autores porque en - el seguimiento de los 3 meses se dió a todos los su jetos un manual de auto-control y que en otros grupos ha servido como forma de tratamiento incluso -- sin terapeuta.

Aunque no existen diferencias significativas entre el grupo de auto-control y el de discriminación en bebida controlada, sí hay diferencias en - cuanto a la relación coste/beneficio. El segundo - tiene los mismos componentes del primero, y además las sesiones de condicionamiento aversivo con todos los aparatos correspondientes y que, aparentemente, no incrementan la mejoría. Según este estudio es, - pues, cuestionable el papel del tratamiento aversivo en el control de la bebida.

PERIODO DE EVALUACION

	Inicio			Terminación			3 meses			12 meses		
	Av.	Ac.	Dis.	Av.	Ac.	Dis.	Av.	Ac.	Dis.	Av.	Ac.	Dis.
Abstinentes	0	0	0	0	0	2(13)	0	1(16)	2(13)	2(14)	1(16)	1(7)
Bebedor con controlado	4(29)	3(18)	2(13)	6(43)	11(65)	10(67)	4(29)	11(65)	5(33)	7(50)	9(53)	7(47)
Bebedor con problemas	10(71)	14(82)	13(87)	8(57)	6(35)	3(20)	10(71)	5(29)	6(40)	2(14)	3(18)	3(20)
Datos insu- ficientes	0	0	0	0	0	0	0	0	2(13)	3(21)	4(24)	4(27)

NOTA: Los números entre paréntesis son porcentajes.

Av.: tratamiento ~~aversivo~~

Ac.: entrenamiento en auto-control

Dis: entrenamiento en discriminación de bebida controlada.

4.2.3. Instrucciones y Feedback

Miller y Becker (1975) estudiaron la influencia de las instrucciones sobre la adquisición de los componentes de la bebida moderada en dos alcohólicos. Se hizo el estudio en un bar simulado. Sobre la mesa se pusieron vasos, 100 c.c. de bourbon, 300 c.c. de agua. A los sujetos se les vió individualmente una vez al día durante 20 días, grabándose con video-tape. Se pidió al sujeto que se sirviera como lo hacía habitualmente registrando el número de tragos, el intervalo entre tragos, el porcentaje de alcohol y la cantidad media consumida en cada trago. El estudio fué dividido en cuatro fases con 5 días cada fase. La fase primera fué la condición de línea base en la que se permitió beber libremente. En la fase segunda, se le pidió que tomara tragos más pequeños. En la fase tercera se les pidió tragos más pequeños y aumento del tiempo entre tragos. En la fase cuarta, además, tenían que diluir más las bebidas. Ambos fueron capaces de conseguir esta bebida controlado sólo por las instrucciones. Es obvia en este estudio la influencia de la demanda del experimentador, por tanto, la dificultad de atribuir al tratamiento los resultados.

Strickler, Bigelow, Lawrence y Liebson (1976) intentaron enseñar a beber de forma moderada a un grupo de tres bebedores excesivos utilizando un depósito de dinero previo que se devolvía contingentemente con la realización de los auto-informes y los datos de seguimiento durante seis meses. El programa, que se rea-

lizó en un bar simulado, duró 7 semanas. El tiempo se dividió en cuatro fases:

- 1) exigencia de abstinencia e instrucciones sobre bebida moderada:
 - duración de la bebida más de 20 minutos.
 - espacios entre bebidas de más de 5 minutos.
 - comenzar a beber por la tarde
 - aprender alternativas a beber en situaciones emocionales "fuertes".
- 2) práctica de bebida moderada, supervisada.
- 3) feedback de su alcoholemia
- 4) práctica de beber en situación de "fiesta".

Los resultados indicaron que dos sujetos adquirieron y mantuvieron una bebida controlada durante -- los seis meses de seguimiento, mientras que el otro -- sujeto que faltó más a las sesiones se negó a cambiar su vida centrada en el bar.

El hecho de que se trabajara con las mujeres para que modificaran su interacción con la conducta de beber de los maridos dificulta el atribuir los resultados al entrenamiento y feedback.

4.2.4. Tratamientos operantes y contratos de contingencias

La consideración del alcoholismo como un "fenómeno aprendido" ha sugerido a diversos autores el utilizar un tratamiento que implicara la alteración del

control discriminativo que se ha adquirido sobre la bebida y el establecimiento de refuerzos alternativos para incrementar y consolidar la bebida moderada y la abstinencia.

Cohen, Liebson, Faillace y Spews (1971) utilizaron el manejo del refuerzo monetario para conseguir bebida controlada en cuatro varones alcohólicos. - Todos habían perdido el trabajo y necesitaban hospitalización a causa de los problemas con la bebida. Todos los sujetos lograron beber de forma moderada o abstenerse al reforzarles cualquiera de estos objetivos.

Aunque el mantenimiento en el post-tratamiento, tanto de la abstinencia como de la moderación se ve dificultado por la re-exposición a los mismos estímulos y contingencias de refuerzo que previamente mantenían la bebida excesiva, la alteración de estas variables en el ambiente del paciente ha facilitado la consolidación de los resultados positivos del tratamiento.

Miller (1972) utilizó un contrato conductual con un alcohólico y su pareja en el que se comprometían a modificar las contingencias del refuerzo que mantenían la conducta de beber. Durante dos semanas se hizo auto-observación y registro sobre el consumo diario de bebidas alcohólicas. Los términos del contrato exigían una extinción de atención a cualquier forma de bebida excesiva y un gasto de dinero en "frivolidades" si no se cumplían las pautas de -

bebida social que implicaban un máximo de tres bebidas al día. Una vez conseguida la bebida controlada, ésta se mantenía en el seguimiento de los seis meses.

Colateralmente a este buen resultado, los autores llaman la atención sobre las dificultades que encuentra la pareja del alcohólico en cambiar sus críticas hacia el paciente, hecho que se considera crucial en todo tratamiento global de los problemas con la bebida y que en nuestros propios datos posteriores se refleja con claridad.

Pickens, Bigelow y Griffiths (1973) utilizaron un programa operante en cuatro fases con un varón alcohólico muy deteriorado (skid-row) de 29 años de edad y sin trabajo y con muchos intentos de tratamiento anterior que habían fracasado. Durante la primera fase se le permitió libre acceso al alcohol para determinar frecuencia, cantidad y condiciones situacionales en las que ocurría la bebida. En una segunda fase se aplicó un programa conductual para eliminar la bebida utilizando fundamentalmente aislamiento social. Ante la aparición de dos episodios de embriaguez se estableció una tercera fase donde se estudiaron los estímulos discriminativos que le llevaban a la bebida incontrolada. Se le dijo al paciente que ordenara en una lista las situaciones que se asociaban con más frecuencia con un descontrol de bebida. Muchas de las situaciones implicaron estímulos discriminativos que habían sido adquiridos a través de un proceso de condicionamiento. Para alterarlos se utilizó un procedimiento de atenuación de estímulos. Los estímulos se presentaron de for

ma controlada inmediatamente antes de que ocurriera alguna actividad anteriormente programada de forma que decreciera la probabilidad de beber. Se expuso al paciente de forma gradual a los sucesos que estaban más asociados al descontrol hasta llegar a la bebida en sí misma. Al final del programa el paciente fué capaz de beber un par de bebidas al día sin tener que seguir bebiendo hasta el descontrol. También se le ayudó a conseguir bebida controlada pidiéndole que la magnitud de los tragos fuera cada vez más pequeña como se sugiere en el estudio de Schaefer, Sobell y Mills (1971). La cuarta fase del programa se dirigió al establecimiento de conductas alternativas reforzantes incompatibles con la bebida. En el seguimiento de un año se mantenían los buenos resultados.

El mismo grupo de trabajo ha publicado otro estudio más empleando manejo contingente de los refuerzos.

Bigelow, Liebson y Griffiths (1974) trataron a 10 varones alcohólicos crónicos hospitalizados con el siguiente procedimiento: se les pidió primero consentimiento para participar en un programa que implicaba consumir bebidas alcohólicas a las cuales tuvieron acceso diariamente. Durante un período de 5 a 10 días se registró la línea-base de la cantidad de consumo del alcohol disponible. En las sesiones de tratamiento se utilizó aislamiento contingente al beber, en un período que osciló de 3 a 13 días.

Los resultados indicaron que este aislamiento contingente redujo el consumo de la bebida alcohólica

A) Consejo Vocacional .- A los pacientes sin trabajo se les ayudó enseñándoles y facilitándoles:

1. preparar su "curriculum" profesional.
2. leer un libro de "cómo conseguir un trabajo".
3. llamar a amigos y allegados por teléfono para decirles su necesidad de empleo y si le podían ayudar a encontrarlo.
4. llamar a las fábricas del sector.
5. colocar un anuncio en el periódico.
6. ensayar una entrevista para conseguir trabajo.
7. presentarse en los lugares que ofrecían trabajo.

A todas estas tareas les ayudó un consejero. Tan pronto como el sujeto conseguía un trabajo que decía le gustaba dejaba el hospital. El consejero le acompañaba al trabajo el primer día, le organizaba el transporte hasta el trabajo para que coincidiera con un amigo y, en los casos necesarios, se hizo role-playing de las situaciones patrón-trabajador.

B) Consejo Matrimonial y Familiar.- Se intentó:

1. proporcionar refuerzos para que el alcohólico fuera una pareja positiva.
2. proporcionar refuerzos a la esposa para que mantuviera la relación.
3. hacer el beber alcohol incompatible con la mejora de la relación.

Un programa similar se hizo con los solteros y sus fami

disponible desde un 94,6% de promedio en la línea-base a un 52,1% de promedio en el tratamiento. Cuando seis sujetos volvieron a las condiciones de la línea-base el consumo del alcohol se elevó al 91,6% del total disponible.

Con esta misma finalidad de demostrar la posibilidad de bebida controlada sin técnicas aversivas, Davidson y Bremser (1977) trataron a dos sujetos alcohólicos los cuales tuvieron que realizar una tarea -- simple para conseguir alcohol. Los sujetos tenían que dar a la palanca de un aparato dispensador de bebidas que contenían un 25% de alcohol y que en condiciones de línea-base funcionaba con un programa FI 30. En la condición de tratamiento se exigía establecer pausas entre cada respuesta para conseguir refuerzo. Los resultados y el programa son bastante confusos aunque parece que uno de los dos sujetos que había respondido con más dificultad al entrenamiento, fué el que estuvo sin beber durante un período de seguimiento de dos años, e informando que sólo en alguna ocasión había bebido un par de cervezas.

Quizás los estudios más interesantes en este -- área son los realizados por Hunt y Azrin (1973) y Azrin (1976) que utilizaron básicamente el mismo procedimiento de refuerzo en ambos estudios aunque en el segundo se introdujeron algunas modificaciones para mejorar los resultados. Su tratamiento lo consideran con las mismas características que los programas de salud mental en la comunidad y cuya característica más esencial es considerar los trastornos mentales como resultado -

del conjunto de fuerzas que operan en y por la comuni
dad en el individuo, lo cual implica que el tratamien
to debería dirigirse a reorganizar estas influencias
no tanto en el hospital sino en el medio donde ocurren.

Su población fueron pacientes que habían sido
admitidos en el hospital del Estado para el tratamien
to del alcoholismo y que presentaban síndrome de abs-
tinencia. Se seleccionaron 16 varones y fueron exlcuif
dos los que tenían trastornos médicos b suficientemen
te serios como para impedirles trabajar.

De los sujetos seleccionados, 8 fueron aleato-
riamente asignados al grupo de tratamiento experimen-
tal y los otros 8 emparejados en estabilidad familiar,
historia previa de bebida, historia de trabajo, edad y
educación recibieron un tratamiento tradicional.

El programa de refuerzo comunitario fué diseña
do de forma que los refuerzos familiares, sociales y
de ocupación se eliminaban si el sujeto bebía. Se les
ayudó a conseguir un trabajo satisfactorio. La forma
y la secuencia en que estos procedimientos se llevaron
a cabo variaban de paciente a paciente, dependiendo -
de las características de su situación.

Dada la descripción tan exhaustiva y compleja
que los autores hacen de su programa y por ser, a nues
tro juicio, quizás el más interesante de los tratamien
tos con enfoque operante, lo describiremos detallada
mente.

Todos los sujetos del grupo experimental recibie
ron : consejo vocacional, matrimonial y social.

liares. Para conseguir los beneficios de la familia y/o esposa se les exigió estar sobrios.

C) Consejo Social. - El supuesto básico del estudio fué que la interacción social del alcohólico se halla reducida a un núcleo muy pequeño de amigos que, por lo general, tienen también problemas graves con el alcohol y, por tanto, el beber llegaba a ser un requisito para mantener dicha relación social. Por consiguiente, se les dió consejo y enseñanza para mejorar o iniciar relaciones sociales basadas en la sobriedad. Se les pidió que comenzaran a reunirse con personas que no admitieran beber alcohol; unido a ello, una taberna del lugar se convirtió en un club social para los pacientes, que proporcionaba música, máquinas de jugar, cartas, bailes, cine, etc. pidiéndoles que acudieran acompañados de sus mujeres. La cuota primera se la pagó el hospital y las siguientes se las tenían que pagar ellos. No se permitían bebidas alcohólicas.

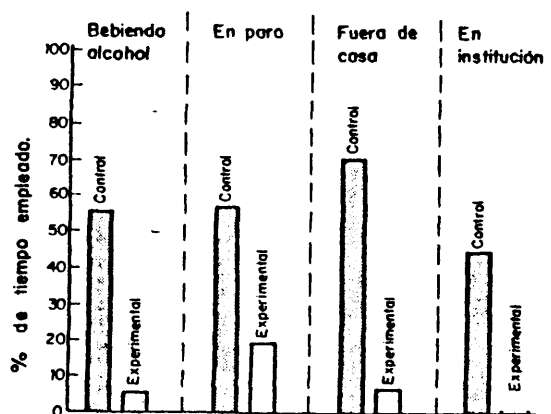
D) Consejo para conseguir refuerzos. - se les consiguió una serie de facilidades que no tenían y que según los autores suelen disponer los sujetos sin problemas de bebida, por ejemplo, se pueden tener dificultades para encontrar trabajo si no se tiene teléfono o no se lee el periódico. El ajuste social puede dificultarse si uno no sabe de qué hablar con los amigos o no tiene facilidad para desplazarse (algunos no leían nunca el periódico, ni oían la radio, ni veían TV). Para ello se les aconsejó y ayudó a conseguir una radio o TV, sus-

Los resultados indicaron que el tiempo que es tuvieron sin empleo, el irse de casa, el ingreso en instituciones debido al alcohol y el tiempo que de dicaron a beber fué mucho mayor en el grupo control que en el grupo experimental; resultados que se man tenían a los seis meses de seguimiento.

El tiempo que dedicaron a beber fué seis veces mayor en el grupo control, el tiempo sin empleo fué 12 veces mayor, el tiempo que se fueron de casa fué 2 veces más y el tiempo en instituciones fué de 15 veces más en el grupo control que en el grupo experimental.

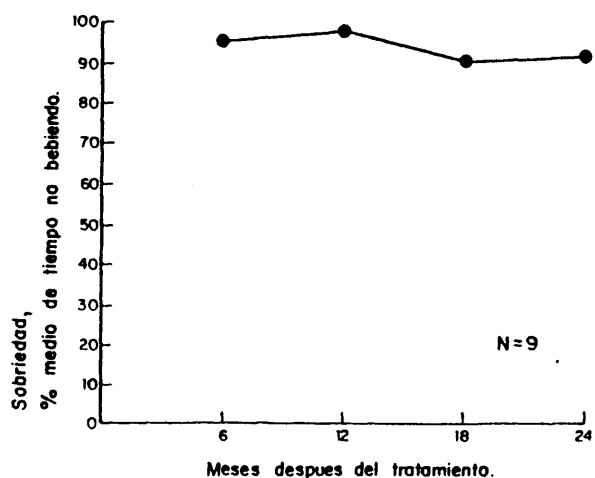
En el siguiente estudio se decidió incluir la enseñanza del uso de Antabús para inhibir la bebida compulsiva, buscar un vecino que le ayudara en los momentos difíciles, además de realizar en grupo las sesiones de consejo. Se trataron así 10 pacientes -- que se emparejaron con otros 10 de grupo de control.

Resultados :



La gráfica muestra el porcentaje medio de tiempo dedicado a beber alcohol, sin empleo, fuera de casa y en instituciones, durante los primeros seis meses, para el grupo control y el grupo de refuerzo en la comunidad. El porcentaje de tiempo dedicado a beber fué un 2% en el grupo de tratamiento comunitario, y de un 55% en el grupo control. El porcentaje de -- tiempo sin empleo fué 20% en el grupo de refuerzo comunitario y 56% en el grupo control. El porcentaje de tiempo que el sujeto se fué de su casa fué de un 7% en el grupo de refuerzo comunitario y 67% en el grupo control. Finalmente el porcentaje de tiempo en instituciones fué 0% en el grupo comunitario y 45% en el grupo control.

También se obtuvieron resultados a los dos años del tratamiento.

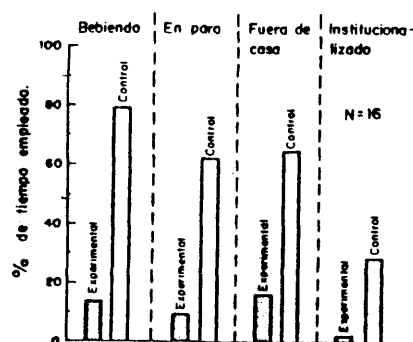


cribirse a un periódico, revistas y obtener un coche o, incluso, el carnet de conducir. En los casos necesarios se les pagó el coste inicial, por ej. las instalaciones del teléfono, pero no las mensualidades, etc.

El programa tradicional del hospital que ambos grupos recibieron constaba de 25 sesiones didácticas audiovisuales sobre:

- trabajo básico de Alcohólicos Anónimos
- información sobre los problemas de las personas que beben en demasía.
- ejemplos de patologías fisiológicas resultantes de la bebida en exceso.
- ejemplos de problemas sexuales por el alcohol.
- sugerencia de soluciones posibles para estos problemas.

Una vez que el sujeto se integraba en su casa se le visitó durante el primer mes 1 o 2 veces por semana, después se redujeron las visitas a 2 al mes, -- hasta llegar a ser una al mes.



También han sido utilizados contratos conductuales fundamentalmente por el grupo de Miller, - - Hersen y Eisler (1974) que intentaron estudiar la - importancia de los componentes básicos de los contratos cuando se empleaban en el tratamiento del abuso de alcohol; los componentes de su trabajo fueron: instrucciones para reducir el consumo de alcohol, un acuerdo escrito entre terapeuta y paciente con estas instrucciones y un manejo de contingencias en función de que se cumpliera o no el acuerdo.

Participaron en el trabajo 40 varones alcohólicos emparejados por edad, educación, duración del problema y número de respuestas operantes dadas para conseguir alcohol. Se les asignó aleatoriamente a - los siguientes 4 grupos:

- a. instrucciones verbales para que apretaran la palanca para conseguir alcohol hasta un número limitado.
- b. acuerdo escrito de lo anterior
- c. acuerdo verbal más refuerzo por conseguirlo
- d. acuerdo escrito más refuerzo por conseguirlo.

El refuerzo consistía en puntos que podían canjearse por dinero o privilegios en el hospital.

Los resultados indicaron que las contingencias del refuerzo eran el ingrediente terapéutico fundamental.

4.2.5. Programas comprensivos o multimodales de amplio espectro

Ewing y Rouse (1972, 1976) utilizaron un programa multimodal con pacientes ambulatorios. Participaron un total de 21 alcohólicos crónicos que tenían que ir a sesiones de 3 horas de tratamiento -- una vez por semana, durante 12 semanas. Las sesiones fueron grupos de encuentro en un sitio semejante a una sala de estar en donde había bebidas alcohólicas hielo y bebidas para mezclar. Se pidió a los sujetos que se sirvieran sus propias bebidas durante el grupo de encuentro. Antes recibieron instrucciones explícitas sobre cuales eran las características de la bebida social: mezclar bebidas, sorber más que beber de un golpe, beber despacio, espaciar bebidas, etc. Durante algunas sesiones el terapeuta modeló estas conductas apropiadas.

Antes de la sesión se tomaban muestras de aliento para asegurarse que venían sin beber y cada 20 minutos en la sesión se les medía la alcoholemia. Si tenían un BAL igual o superior a 0,080% tenían que irse. También se dieron shocks aleatorios a BAL de 0,06. En las sesiones se discutían las consecuencias negativas de beber.

Se pidió que acudieran las mujeres para: a) desensibilizarlas a verles beber, b) enseñarles formas de reforzar bebida moderada.

También se les pidió auto-registro de la bebida

da entre sesiones. No hicieron grupo control.

Los seguimientos oscilaron entre los 4 y los 20 meses.

De los sujetos que habían ido un número de sesiones que osciló entre 4 y 11, ninguno obtuvo bebida controlada, aunque un sujeto que acudió a 11 sesiones consiguió más control sobre su bebida que antes. Ningún sujeto con menos de 4 sesiones consiguió la sobriedad. Sólo 6 sujetos terminaron el tratamiento, siendo esta alta tasa de pérdidas lo más llamativo de sus resultados.

A pesar del porcentaje de sujetos perdidos, la mayoría de los autores en contra de los programas de bebida controlada se apoyaron en sus resultados -fracaso- para su exigencia de abstinencia, esgrimiendo como demostración de que la bebida controlada no se puede conseguir.

Ante esta situación apareció en 1978 un artículo de los -quizás- dos autores más relevantes en el área de la bebida controlada que revisaron el estudio con detenimiento. Sobell y Sobell (1978) encontraron en el artículo una serie de fallos tanto metodológicos como de tratamiento. En primer lugar, no fué una investigación controlada, trabajaron con un grupo muy seleccionado de sujetos, ya que sólo eligeron a aquellos sujetos que con tratamientos anteriores tales como los de Alcohólicos Anónimos, o similar, no habían podido conseguir la abstinencia y es importante notar la contradicción de los autores que en su ar

título de 1972 dijeron que sí se habían seleccionado los sujetos y en 1976 afirmaron que no eran sujetos seleccionados. En segundo lugar, el tratamiento también tiene sus problemas, ya que las descripciones - sobre el contenido de los grupos de discusión varían de un artículo a otro. Además, como evaluación del - resultado global eligieron "el peor día de funcionamiento" sesgando de tal manera los datos que, por -- ejemplo, si un sujeto había estado durante "x" meses abstinentes y en el primer mes de tratamiento había - bebido algo, esto era lo que se registraba. Los Sobell no son muy benignos en su crítica al terminar el artículo, veámoslo con sus mismas palabras: "En conclusión sólo se puede estar de acuerdo con el aserto de Ewing y Rouse (1976) 'basados en nuestra experiencia con estos pacientes y un seguimiento largo, nosotros concluimos que en nuestras manos al menos, no está justificado hacer más intentos para inculcar bebida controlada con tales métodos'. Sus afirmaciones también sugieren los límites de la generalización con sus resultados". (Sobell y Sobell, 1978)

El trabajo más alentador, mejor diseñado y con seguimientos más adecuados para conseguir y mantener el objetivo de bebida controlada en sujetos definidos como alcohólicos gamma ha sido el realizado por Sobell y Sobell (1973a, 1973b, 1976, 1977).

El estudio fué diseñado para evaluar los efectos de la terapia de la conducta individualizada (IBTA) con 70 varones, alcohólicos gamma, voluntariamente hos

pitalizados en el Patton State Hospital.

El tratamiento experimental fué realizado con el supuesto de que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas puede considerarse como una conducta operante discriminativa y los tratamientos deben realizarse de acuerdo con las necesidades individuales de cada sujeto.

A los sujetos se les entrevistó por el personal para asignarlos bien a abstinencia (30), bien a bebida controlada (40). Los sujetos en cada objetivo de tratamiento fueron asignados aleatoriamente bien a un grupo experimental donde recibieron 17 sesiones de tratamiento, o a un grupo control donde recibieron tratamiento convencional orientado a la abstinencia.

Los procedimientos incluían:

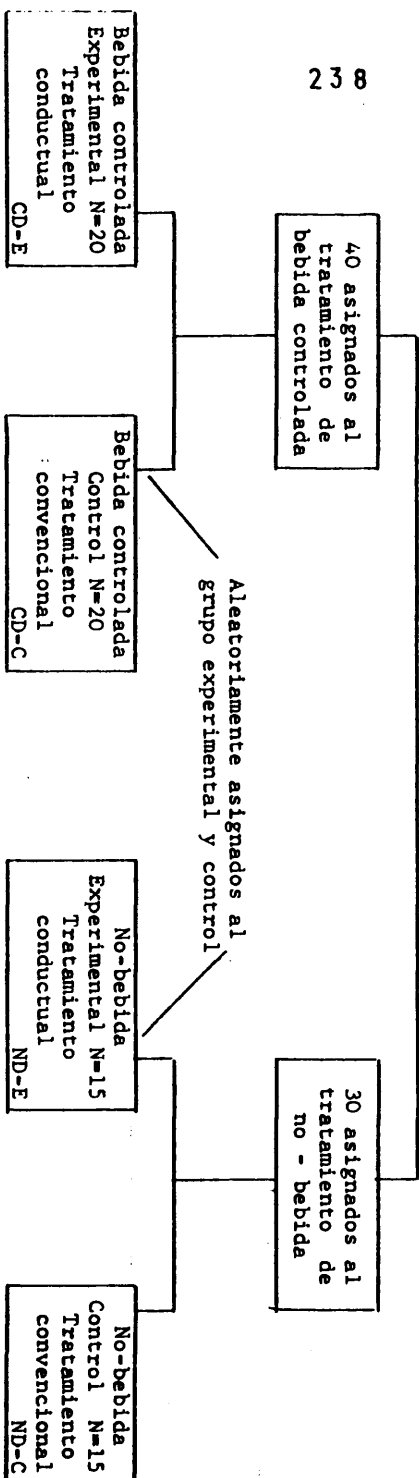
- Video-tape mientras estaban intoxicados en condiciones experimentales y sobrios para confrontar ambas conductas.
- Moldeamiento de bebida controlada o no-bebida.
- Disponibilidad de bebidas alcohólicas durante el tratamiento.
- Sesiones de cambio de conducta:
respuestas alternativas mediante role-playing, discusiones, entrenamiento asertivo y otras técnicas con-ductuales necesarias.

DISEÑO EXPERIMENTAL (I.B.T.A.)

Grupo de sujetos: 70 varones alcohólicos gamma, sin trastornos médicos ni psiquiátricos

Asignados al objetivo de tratamiento más adecuado en función de su historia y entrevistas por el staff

238



Método:

Se hicieron contactos cada 3-4 semanas con los pacientes y sus allegados sin que supieran exactamente cuán do se iba a hacer el contacto.

* Cada dos meses se obtenían datos de informes so bre problemas con la ley.

* Se verificaron todos los encarcelamientos u hos pitalizaciones por bebida.

* Si los sujetos estaban lejos se hizo el contacto por carta o por teléfono.

Al año del tratamiento se tomaron las medidas de los resultados de la siguiente manera:

1º ¿Cuántos días desde nuestro último contacto has - (o ha) bebido algo?. Se codificó con las siguien tes categorías:

- días de embriaguez
- días de bebida controlada: 6 onzas o menos de licor.
- días de abstinencia
- días de cárcel
- días de hospital (desintoxicación)

2º Ajuste general de las relaciones interpersonales y de stress en comparación con un año anterior, con

tres categorías: mejor, igual, peor.

3º Actividades profesionales: totalmente empleado, a medio tiempo, retirado, en paro, estudiante, físicamente incapacitado.

4º Situación del carnet de conducir

5º Permanencia en el lugar de residencia

6º Utilización de otros lugares de tratamiento

Se obtuvieron informaciones de 69 de los 70 sujetos.

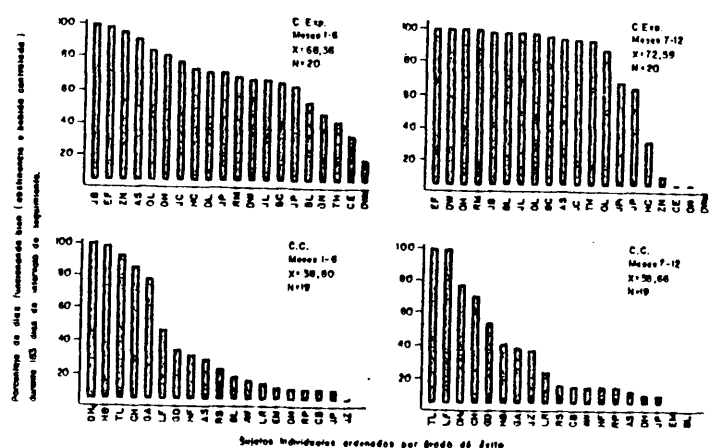
Medidas sobre la conducta de beber

× Medida "global" en porcentaje de los que habían funcionado bien durante la mayoría del año y los que no.

	Grupo experimental		Grupo Control	
	Bebida Controlada	Abstinencia	Bebida Controlada	Abstinencia
Bien	85%	86,67%	31,58%	26,67%

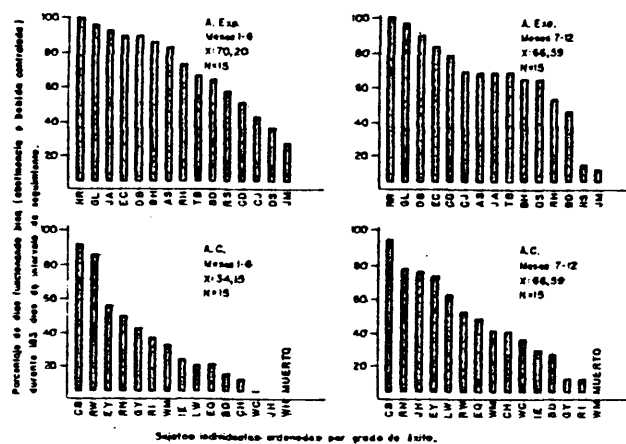
* Una medida más sensitiva fué tener en cuenta el porcentaje de días funcionando bien:

	Bebida controlada		Abstinencia	
	G. Experimental	G. Control	G. Experimental	G. Control
Días	70,48%	35,22%	68,39%	38,48%



Sujetos individuales ordenados
por grado de éxito.

Porcentaje de días funcionando bien (abstinencia o bebida controlada) para los grupos de bebida controlada experimental y control, en dos períodos de seguimiento: de 1 a 6 y de 7 a 12 meses.



Porcentaje de días funcionando bien (abstinencia o be
bida controlada) por los grupos de abstinencia experimen
tal y control, en dos periodos de seguimiento: 1 a
6 y 7 a 12 meses.

Los sujetos del grupo experimental tuvieron men
os días de embriaguez que los del grupo control, mientr
as que los días de encarcelamiento fueron similares
en ambos grupos.

Respecto a la bebida controlada, durante los -
seis primeros meses de seguimiento, cada grupo tuvo al
menos un sujeto que práctico con éxito la bebida contr
olada, aunque el grupo experimental lo hizo en mayor
extensión. Sin embargo, en el 2º período de seis meses,
la incidencia de bebida controlada descendió en todos
los grupos menos en el de bebida controlada experimen
tal.

Porcentaje promedio de disposición de bebida

Disposición de bebida	Condición experimental			
	CD-E	CD-C	ND-E	ND-C
a) Seguimiento 1-6 meses				
Bebida controlada	27,81	13,83	4,05	11,83
Abstinentes	40,55	24,77	66,15	22,32
Embriagado	18,55	48,60	15,34	39,34
En institución por alcohol en :				
Hospital	11,15	3,57	10,27	9,45
Prisión	1,94	9,23	4,19	17,06
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00
b) Seguimiento 7-12 meses				
Bebida controlada	22,57	5,29	2,59	3,09
Abstinentes	50,02	26,55	64,00	39,73
Embriagado	9,48	51,17	15,134	40,36
En institución por alcohol en:				
Hospital	11,53	7,53	10,27	3,12
Prisión	6,40	9,46	4,19	13,70
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00
c) Seguimiento 1 año				
Bebida controlada	25,19	9,56	3,33	6,13
Abstinentes	45,29	25,66	65,06	32,35
Embriagado	14,02	49,88	13,99	39,85
En institución por alcohol en:				
Hospital	11,34	5,55	11,77	6,29
Prisión	4,16	9,35	5,85	15,38
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

A los dos años se volvieron a registrar los resultados del tratamiento con algunas mejoras en la tabulación de los datos.

Se siguió contactando con los sujetos cada 3-4 semanas y también con sus allegados y las agencias necesarias.

Medidas del resultado del tratamiento:

1. Disposición de bebida diaria
2. Ajuste general: Mejor - Igual - Peor
3. Situación laboral
4. Estabilidad y status residencial (R S S I)
5. Situación vocacional
6. Situación carnet de conducir
7. Situación matrimonial
8. Uso de apoyo terapéutico
9. Posesión de una tarjeta dada en el tratamiento.
10. Evaluación de su salud física: Mejor - Igual - Peor

Se añadieron otras medidas:

- a) Conducta de bebida "exitosa", definida como: al menos 75% de los días abstinentes o en bebida controlada.
- b) Evaluación del ajuste general "mejorado"
- c) Evaluación del status vocacional "mejorado"

Todo ello en un índice general: General Index of Outcome (GIO) igual a la proporción de días abstinentes más proporción de días con bebida controlada más peso de ajuste general (1 = mejorado, 0,5 = igual, 0 = peor), más peso status vocacional (1 = mejorado, 0,5 = igual, 0 = peor) dividido por tres.

Se siguieron obteniendo datos de 69 de los 70 sujetos consiguiendo al menos dos fuentes de informantes por cada uno de los sujetos. Dos sujetos habían muerto en este período.

Medidas de conducta de beber:

La disposición de bebida diaria para permitir comparaciones estadísticas se definió operativamente como días sobrios y días no funcionando bien: alguna embriaguez, días encarcelado u hospitalizado por su bebida.

Los 20 sujetos CD-E funcionaron bien el 85,17% de todos sus días frente a los 19 del grupo CD-C que funcionaron bien el 42,27% de todos los días. De los 14 sujetos ND-E, funcionaron bien 64,15% de los días frente a los 14 ND-C que funcionaron bien 43,23% de todos los días.

A los dos años el grupo experimental consiguió menos días embriagados y más días abstinentes que sus respectivos grupos control.

También utilizan un índice de control de bebida (DCI) que consistía en la proporción de todos los días que habían bebido de forma controlada y que variaba desde "1" = bebida totalmente controlada a "0" = bebida incontrolada. Asimismo, publicaron una descripción detallada de los perfiles de bebida de cada uno de los 69 sujetos, observando que la bebida controlada se dió fundamentalmente cuando bebieron acompañados.

Los resultados obtenidos con sujetos con problemas de alcohol son mejores y mantienen en los seguimientos su superioridad frente a los resultados obtenidos con un tratamiento tradicional y esto tanto si el objetivo ha sido la abstinencia como si ha sido la bebida controlada. El que algunos sujetos puedan llegar a beber de forma normal no implica que sea una panacea, sino una alternativa más de tratamiento que exige terapeutas entrenados adecuadamente, cosa que desgraciadamente no ocurre con frecuencia en el área del alcoholismo (Sobell y Sobell, 1976; Pattisson, 1977).

Vogler, Compton y Weissbach (1975) se plantearon al igual que los Sobell, investigar la capacidad de reducir el consumo de alcohol a un nivel considerado como "bebida controlada" en alcohólicos crónicos mediante un programa conductual complejo.

Trabajaron con 59 pacientes de un grupo de 90 de los que 31 no cumplían los siguientes requisitos exigidos:

- a) Revisión médica que descartara la existencia de procesos incompatibles con el beber.
- b) Edad entre los 21 y 55 años
- c) No tener daño cerebral o psicosis
- d) Inteligencia normal
- e) No antecedentes de delitos
- f) No tomar medicación incompatible con el consumo de alcohol.

Los sujetos fueron distribuidos en dos grupos de forma aleatoria. El primer grupo, cuyo objetivo - fué la bebida controlada, recibió una enseñanza de - las pautas de bebida controlada:

- Grabación y confrontación en video-tape de su conducta alcohólica.
- Tratamiento con shocks aversivos a niveles al tos de alcoholemia.
- Entrenamiento en alternativas para superar sus déficits sociales.

El segundo grupo estuvo orientado a la abstinen cia pero, también recibió educación sobre cómo eran - las pautas controladas de bebida y un entrenamiento en alternativas para manejarse con sus déficits sociales.

Antes de la tercera sesión se perdieron 14 suje tos y uno murió.

La enseñanza de bebida controlada se hizo en un ambiente de bar. La alcoholemia se midió a través del análisis del alcohol en aliento.

La duración del tratamiento fué de un promedio de 45 días en los que el sujeto realizó entrevistas - para detallar su historia de bebida anterior: lugares, refuerzos y castigos por la bebida, cronicidad de la - bebida excesiva, relaciones familiares y laborales, ac titud hacia la bebida, etc. La línea-base de su con- ducta de beber se hizo en el bar, grabándola en video

tape cuando "estaban intoxicados". También recibieron una serie de charlas educativas sobre el alcohol, en concreto fueron tres sesiones de aproximadamente dos horas.

Para la discriminación de la alcoholemia, se hicieron dos sesiones de cuatro horas, informándoles de cuáles eran las sensaciones corporales, la conducta motora, los cambios en el nivel de atención, etc. Se les sirvió bebida que tenían que consumir cada 10 minutos, pidiéndoles que anotaran sus sensaciones y su estimación de alcoholemia. Posteriormente ésta se medía objetivamente dándoles la información.

El tratamiento aversivo se hizo en tres sesiones de $1\frac{1}{2}$ a $2\frac{1}{2}$ horas de duración, dándose el shock a niveles de más de 0,05 de alcoholemia. Posteriormente se hicieron 2 sesiones de entrenamiento en evitación.

El tratamiento también incluía relajación, entrenamiento asertivo y uso de refuerzo.

Antes del alta se les proporcionó unas tarjetas donde estaban anotadas las situaciones, lugares, horas, etc. que estaban asociadas para ellos con un alto riesgo de beber.

Se hizo un seguimiento de una vez en semana durante 4 semanas y luego, de una vez al mes durante 11 meses, registrando frecuencia, duración, cantidad de consumo y razones de la pérdida de control.

Los resultados indicaron que de los 42 sujetos, 12 consiguieron beber de forma controlada, 14 estuvie

ron abstinentes y 16 tuvieron recaídas. La variable más significativa para la mejoría fué la cantidad de alcohol que consumían antes del tratamiento.

Posteriormente, el mismo grupo trabajó con 80 pacientes, Vogler, Weissbach, Compton y Martin, (1977).

De los 80, 23 sujetos recibieron el tratamiento integrado total (grupo 1), 19 recibieron entrenamiento en BAL, consejo, entrenamiento en alternativas y educación sobre alcohol (grupo 2), 21 recibieron -- sólo educación sobre alcohol (grupo 3), 17 recibieron consejo conductual, entrenamiento en alternativas y educación sobre alcohol (grupo 4).

La meta de todos los grupos fué la moderación. Cincuenta sujetos bebían de forma controlada al año del tratamiento y tres sujetos habían estado abstinentes durante todo el tiempo. No encontraron diferencias entre los grupos en función del tratamiento utilizado.

Un procedimiento multimodal, amplio y con un diseño adecuado, incluyendo grupo control con tratamiento tradicional, es, también, el realizado por el grupo de trabajo de Filadelfia en Pennsylvania University, en los últimos años.

Pomerleau y Adkins (1980) trabajaron con un grupo de pacientes cuyos criterios de inclusión en el tratamiento fueron:

- a) disponibilidad para acudir al tratamiento y a las sesiones de seguimiento.
- b) capacidad para seguir las instrucciones
- c) ausencia de trastornos psicopatológicos evidentes.

Trabajaron con 32 sujetos, 18 de los cuales fueron asignados de forma aleatoria a un tratamiento conductual y 14 fueron asignados al tratamiento tradicional.

El tratamiento se realizó en una unidad especializada dentro del centro de Medicina Comportamental dependiente del departamento de Psiquiatría.

La duración del tratamiento fue de tres meses, recibiendo los sujetos sesiones semanales de 90 minutos de duración. Las sesiones se realizaron en grupos que oscilaban entre los 3 y los 7 sujetos por grupo.

Además, se les dió 5 sesiones adicionales a lo largo de períodos de tiempo más largos de forma que en total llegaron a completar un tiempo de 9 meses desde el inicio del tratamiento.

El tratamiento conductual estuvo compuesto de 4 fases que se solapaban:

- 1ª Fase: se realizó el registro de la línea-base de la conducta de beber, además de una entrevista - de donde se recogían datos de su historia de bebida y una primera sesión de tratamiento.

- 2ª fase: durante las sesiones 2ª a la 5ª se redujo el consumo de la bebida y/o su deseo de beber.
- 3ª fase: durante las sesiones 6ª a la 9ª se hizo terapia conductual para aquellos problemas que se vieron que facilitaban o contribuían a la bebida, de acuerdo con las características de cada sujeto.
- 4ª fase: las sesiones 10 a la 12 y las otras 5 sesiones de seguimiento se dedicaron a mantener los cambios terapéuticos conseguidos con el tratamiento.

A todos los sujetos se les pidió que dejaran un depósito de dinero que oscilaba entre los 85 y los 500 dólares, en función de su nivel socio-económico, y este dinero podía recuperarse por seguir determinadas instrucciones:

- hacer registros de los episodios de bebida
- venir al tratamiento sin haber bebido alcohol, para constatarlo se les hacía una prueba de alcohol en aliento antes de comenzar la sesión.
- realizar conductas alternativas a beber (deporte, etc.)
- acudir a las sesiones de seguimiento.

Para bebida controlada se les pidió que consiguieran:

- tres días a la semana sin beber.
- beber, como máximo, 3 onzas (88,7 c.c.) de alcohol absoluto en los días de bebida.
- beber, como máximo, 10 onzas (296 c.c.) de alcohol a la semana.
- la abstinencia se debía de conseguir en las 2 primeras semanas de tratamiento
- se tenía que registrar diariamente los deseos de beber.
- se utilizó refuerzo social del terapeuta por los logros.
- si no se cumplían los requisitos en un tiempo límite, tenían que pasar a un programa de abstinencia.
- ante las situaciones emocionales que necesitaron tratamiento, se utilizó fundamentalmente desensibilización.

Tratamiento orientado tradicionalmente:

- . se realizó en pequeños grupos durante el mismo período de tiempo.
- . no se utilizó dinero
- . antes de cada sesión se pedía que rellenaran un cuestionario detallando la cantidad de alcohol consumida en la semana anterior.

La terapia consistió en tres fases:

a) Introducción: 3 sesiones

Se enfatizó la importancia de la abstinencia y se intentó conseguir un sentido de grupo.

b) Confrontación: 6 ó 7 sesiones

Se intentó observar una serie de pautas rechazables y verlas en los demás del grupo. Durante 20 ó 30 minutos se dedicaban a observar a los otros miembros del grupo y a los terapeutas.

c) Resolución: 2 ó 3 sesiones

En esta fase se intentó canalizar todas las emociones generadas en la fase anterior, dirigiendo la actividad hacia el futuro. Durante esta fase se tuvo la posibilidad de terapia para depresión, ansiedad, problemas familiares y otras dificultades -- personales que pudieran exacerbar los problemas de bebida.

Se les dió 5 sesiones de seguimiento.

Las medidas fueron: registro diario de bebida, pruebas de alcohol en aliento pre-sesión, cuestionario retrospectivo, análisis de sangre para la enzima gamma glutamil transpeptidasa antes y después del tratamiento. El funcionamiento social se evaluó antes y después del tratamiento.

Hubo un terapeuta, a nivel doctoral, que fué responsable de todas las fases del tratamiento, mientras que un co-terapeuta, no doctor, fué el terapeuta durante el seguimiento.

El tratamiento conductual fué hecho por doctores en Psicología o Psiquiatría, con varios años de experiencia clínica.

El tratamiento tradicional se hizo por un psiquiatra especializado en el tratamiento de alcoholismo durante varios años, no familiarizado con los procedimientos conductuales.

Resultados:

La tabla muestra las variables pre-tratamiento de forma separada para el grupo tradicional y conductual, calculando la mediana.

	Todos N = 32	Conductual N = 18	Tradicional N = 14
Edad	44	45	41,5
Educación	16	16	15,5
Duración problemas con alcohol (años)	8,5	9,5	7,8
Demora entre selección y tratamiento (semanas)	3	3	3
Cantidad de alcohol consumido por semana, antes de la selección.	onz. 28,5 cc. 843	25,5 754	31,4 928
Cantidad de alcohol consumido en línea-base.	19,8 cc. 586	21,0 621	16,8 497
Nº de intentos de tratamiento anterior	2	2,5	1

Se calificó la no-mejoría si la bebida estaba en el mismo nivel o, incluso, superior en comparación con la línea-base.

La pérdida se consideró cuando no se vino al menos a la última sesión de tratamiento y no se acudió a los seguimientos, no haciéndose ningún supuesto sobre su situación, aunque hubieran estado abstinentes durante los 9 meses anteriores.

Comparando los resultados en su conjunto, un 72% del tratamiento conductual mejoró frente al 50% del grupo tradicional; aunque ambos tratamientos consiguieron bebida moderada: 66% y 36% respectivamente. Las medidas pre-tratamiento indicaron que los sujetos con -- más cantidad de consumo en el pretratamiento tuvieron peores resultados y se perdieron más que los sujetos -- que llevaban menos años de evolución en sus problemas con el alcohol.

La reducción tan importante de alcohol realizada por el grupo tradicional en la sesión primera y el registro de la línea-base, parece estar en relación -- con el énfasis que se hizo desde el primer momento en la abstinencia, mientras que el grupo conductual lo hizo a lo largo del tratamiento, por lo que parece que -- una considerable proporción del beneficio del grupo tradicional se debe a una complacencia o sumisión a las -- demandas del terapeuta y no al proceso terapéutico del grupo de confrontación "per se". Sin embargo, los efectos favorables del tratamiento conductual son más consistentes con los resultados habituales en la literatua de

terapia de conducta.

La necesidad de tratamientos de larga duración con sesiones de reconocimiento o seguimiento terapéuticos en intervalos de tiempo pequeños es de consistente realización en estos tratamientos multimodales o de amplio espectro realizados en los últimos años 70 y -- principios del 80. (Sobell y Sobell, 1976; Pomerleau y otros, 1980) e, incluso, se plantea abiertamente en algunos de los estudios (Cameron, 1977). El estudio piloto realizado por este autor tiene, también, como objetivo conseguir una bebida controlada en un grupo de 6 varones alcohólicos. Su tratamiento de amplio espectro comprendía:

1. Terapia en grupo con un enfoque fundamentalmente educativo respecto a la conducta de beber y sus contingencias de refuerzo y el manejo de los problemas de la vida sin recurrir al alcohol.
2. Enseñanza de las pautas de consumo normal.
3. Facilitación de cambios en su ambiente social.
4. Utilización de refuerzo social.
5. Practicar la bebida social en compañía de un amigo que le debía observar sus pautas de consumo.

El tratamiento que se había decidido que durara tres meses, se encontró insuficiente para conseguir los objetivos de una forma estable, a pesar de que los sujetos llegaron a beber de forma controlada. Algunos de --

los problemas del estudio, en comparación con los anteriores, son la no información de datos numéricos - de los resultados y la falta de un grupo control, por lo que es difícil sacar datos concluyentes y válidos para confirmar la hipótesis de la bebida controlada. Sin embargo, nos parece importante que señalen la necesidad de trabajar con la pareja de los sujetos con el fin de modificar sus contingencias de refuerzo respecto al consumo de bebida y a los refuerzos y castigos demorados que sólo perpetúan las promesas de no seguir bebiendo pero no modifican la conducta de beber. Generalmente, el estilo de comunicación de la pareja, uno de cuyos miembros tenga problemas con el alcohol, suele ser de tipo coercitivo (Miller, 1977), de forma que un miembro busca ganar refuerzo positivo del otro por un refuerzo negativo. Por ejemplo, se pide que se eliminen las regañinas o la bebida excesiva a cambio de no beber o no regañar.

Tales pautas suelen llegar a producir sentimientos emocionales negativos que, en ocasiones, llevan a incrementar el beber. Este tipo de pautas exigen un tratamiento específico que altere estas interacciones y que, generalmente, ha sido facilitado mediante la confrontación de estas conductas grabadas en video-tape y posteriormente la utilización de un cambio gradual, ayudándose de contratos de contingencia. De forma global, podría decirse que lo importante en tales casos es enseñar a reforzar las conductas de sobriedad y las reacciones positivas, tales como la utilización de comenta

rios positivos el uno del otro, aumento de las sonrisas, la mirada, la expresión directa de sentimientos, el contacto físico, decrecer las conversaciones respecto al alcohol o las críticas o errores anteriores. Por supuesto que ello suele exigir en muchos casos, especialmente en los programas de bebida controlada, una desensibilización de la pareja a la ingesta moderada de alcohol por parte del sujeto "alcohólico", ya que, si esos factores emocionales no se manejan, puede llegar a ser imposible establecer el mínimo cambio en su comportamiento.

4.3. VENTAJAS DE LOS PROGRAMAS DE BEBIDA CONTROLADA

Aunque ya se ha hecho referencia en distintos momentos a las ventajas que supone poder enseñar a beber de forma controlada, nos parece interesante señalarlas de una forma estructurada:

1. Se producen menos pérdidas de sujetos al proponer se como objetivo la posibilidad de la bebida controlada que al proponer la abstinencia.

Uno de los problemas más frecuentes de los programas tradicionales ha sido el gran número de sujetos que se pierden. En las revisiones de estos tratamientos se encuentra un gran porcentaje de sujetos que dejaron el tratamiento después de que se les hubiese planteado la abstinencia total y para siempre en la primera consulta.

Cuando se han estudiado comparativamente los resultados (Miller, 1978; Pomerleau, 1980) de un tratamiento tradicional cuyo objetivo fuera la abstinencia, con un tratamiento conductual con un objetivo posible de bebida controlada, la diferencia en cuanto a la pérdida de sujetos es ampliamente significativa.

2. La exigencia de abstinencia total puede ser difícil de realizar en el medio social del paciente, exponiéndole a éste a un estrés excesivo al tenerse que enfrentar siempre con el hecho de no beber nada de

alcohol. Si el sujeto, en esta situación, bebe una pequeña cantidad de alcohol, el miedo al des control, derivado de las creencias impuestas en el tratamiento, le pueden llevar compulsivamente al descontrol.

3. Un episodio de bebida excesiva se vive en los programas de abstinencia tradicionales como una "re-caída", un fracaso, mientras que en los programas conductuales se entiende como un episodio de falta de control temporal en un proceso progresivo - de extinción de esta conducta que tenderá a producirses cada vez con menos frecuencia, menos intensidad y menos duración, lo cual facilita al sujeto el seguir en el tratamiento sin mentir. Es - - "famoso" entre los terapeutas dedicados al tratamiento el admitir que el alcohólico "miente" de forma sistemática y que cuando vuelve a beber no quiere volver a la consulta. En los programas de bebida controlada e, incluso, de abstinencia con enfoque conductual, los episodios de bebida descontrolada no se castigan y se enseña al sujeto que los "aproveche" para anotar los estímulos antecedentes y las consecuencias del episodio, que le - facilitarán a él y al propio terapeuta un mayor conocimiento de cómo ocurren y, por tanto, cómo pueden manejarse en ocasiones posteriores para reducirlos de forma prograsiva a una frecuencia cero.

4. Habitualmente en el medio del sujeto suelen ocurrir refuerzos y señales para la bebida controlada que pueden servir para mantener esta conducta, mientras que la abstinencia puede llevar en muchos casos a castigo social (bromas, "ser distinto que los demás", etc.) y llevarle nuevamente a consumir alcohol para evitar estos castigos, pero como el sujeto no ha aprendido a manejarse controladamente con la sustancia, la probabilidad del descontrol es muy elevada.
5. A los alcohólicos que fallan sistemáticamente en conseguir una abstinencia, se les debe ofrecer una esperanza de tratamiento y realizar un programa de bebida controlada.
6. El hecho de la abstinencia no implica necesariamente mejoría en el resto de las demás áreas (emocional, trabajo, relaciones interpersonales) (Pattison 1976). El seguir bebiendo no significa siempre una rehabilitación inadecuada y puede acompañarse de mejorías en otras áreas de su vida. Incluso la meta de atenuación de la bebida patológica puede ser un objetivo aceptable si se da en conjunción con una mejoría de su salud total. Puede no ser una meta ideal pero sí suficiente para que la persona -- vuelva a un funcionamiento adecuado en su vida.

4.4. LIMITACIONES DE LOS DATOS SOBRE LOS TRATAMIENTOS DE
BEBIDA CONTROLADA

1. En gran parte de los trabajos sobre bebida controlada no hay una definición sistemática de las poblaciones alcohólicas en tratamiento, situación - que no es exclusiva de estos estudios, sino de la gran mayoría de las publicaciones sobre tratamiento de alcohólicos. Sin embargo, dado el interés científico de los autores con enfoque conductual, se dan algunas sugerencias de cuáles serían los datos necesarios en cualquier publicación. Miller (1976). Todo tratamiento conductual debería dar información sobre:

- la definición de alcoholismo que utiliza en su programa.
- las características de la población.
- las características de los sujetos que se han rechazado.
- las características de los sujetos que se han perdido.
- los sujetos que han participado de forma parcial en el tratamiento.
- las muertes.
- los sujetos que no cooperan en el tratamiento.

2. La definición de bebedor controlado varía de estudio a estudio, no suele ser ni uniforme ni precisa, ni tampoco se establece con claridad los cambios que han ocurrido en el sujeto.

Los datos no suelen proporcionar evidencia suficiente para saber si el cambio ha sido atenuación, control o normalización (Pattison, 1976; Pattison, Headley, Gleser, Gottschalk, 1968 ; Pattison, - - Sobell y Sobell, 1977).

La bebida atenuada puede ser un objetivo suficiente si se da mejoría en otras áreas de la vida.

La bebida controlada se define no por el descenso de bebida que ha tenido que darse, sino por el establecimiento de un control en la situación, frecuencia, forma y cantidad de consumo.

Ello no siempre significa que haya existido un cambio en la forma de utilización del alcohol. Si la bebida, aunque controlada, le sirve al sujeto para reducir sus conflictos, cambiar sus estados de ánimo, en definitiva sigue siendo una bebida instrumental, el bebedor seguirá teniendo problemas con su consumo.

El concepto de bebida "social" es tan ambiguo que, en general, se tiende a rechazar la utilización de dicho término.

La bebida normal implica que el sujeto no beba de forma instrumental, según Pattison, ello implica -- cambiar el sentido simbólico de la bebida. Para --- Pattison el alcohólico lo ha sido desde su primera

bebida aunque se controlara y bebiera "socialmente" por muchos años. Cuando se hace un análisis conductual de la bebida social anterior de los sujetos "alcohólicos" se observa que bebían controladamente de forma alcohólica. Lo más importante del tratamiento será enseñarle, por primera vez, a beber de forma no-alcohólica y cambiar el sentido del consumo del alcohol. Ello exige que se desarrollen y especifiquen con claridad diversos parámetros de la conducta del alcohólico, -- tales como:

- grado de alteración en cada área de su vida.
- hacer operativas estas alteraciones para poder intervenir de manera adecuada.
- tratamiento individualizado y elección del propio sujeto de su meta de tratamiento: - abstinencia o control.
- capacidad del terapeuta para ofrecer estas metas, etc.

4.5. CARACTERISTICAS QUE FACILITAN EL CONSEGUIR Y MANTENER UNA BEBIDA CONTROLADA

En general, los datos de diferentes estudios son contradictorios y lo que en unos se confirma, en otros se rechaza.

Parece, sin embargo, existir una cierta diferenciación de las características cuando éstas se estudian a través de trabajos de seguimiento de tratamientos en los que el objetivo no ha sido la bebida controlada y en aquéllos cuyo objetivo de tratamiento específicamente fué el conseguir beber de forma controlada.

La característica más repetida ha sido la intensidad de la dependencia, apoyada fundamentalmente en la cantidad de trastornos producidos por el síndrome de abstinencia.

Orford (1973) y Orford, Oppenheimer y Edwards (1976) estudiaron un grupo de 100 varones alcohólicos con una media de edad de 40,9, analizando las pautas de consumo después del tratamiento y en un seguimiento de dos años. Del 26% de sujetos que fueron clasificados como buen resultado, un 10% bebió de forma controlada durante el periodo de seguimiento. Ni la edad de los sujetos, ni la cronicidad del trastorno produjeron buenos resultados. El estar casado no discriminó a los sujetos que hacían una bebida controlada. - Esta se consiguió más frecuentemente por los sujetos

que tenían menos alteraciones e ingresos pre-tratamiento y que habían expresado menor preferencia por la abstinencia. Ya que los resultados del término del tratamiento y del primer año de seguimiento fueron un buen predictor de los resultados del segundo año, los autores aconsejaban que a aquellos sujetos que en el tratamiento tendían a beber de forma moderada, se les debería orientar a programas de bebida controlada y no a programas cuyo objetivo fuera la abstinencia.

Popham y Schmidt (1976) siguieron durante un año el desarrollo de un tratamiento de bebida controlada en un grupo de 96 sujetos, con una edad media de 43,7 años. Sus resultados indicaron que el 19% de los pacientes eran bebedores controlados, encontrando que los pacientes que en el pre-tratamiento bebían menos se manejaban mejor con la bebida controlada mientras que los sujetos con consumos anteriores más abundantes se manejaban mejor con la abstinencia.

Sin embargo, en el trabajo de Levison (1977) sólo la variable "casado" facilitó de forma significativa el conseguir una bebida controlada. Este autor realizó un estudio de seguimiento de 5 años de duración - cuyo objetivo fué examinar las características de aquellos sujetos que habían conseguido beber de forma controlada después del tratamiento realizado en Canadá, - en un hospital cuya filosofía de tratamiento era multidisciplinaria y los programas fundamentalmente dirigidos a la comunidad. El programa de tratamiento tenía tres fases. Las dos primeras se realizaban en régimen

de ingreso durante 4 semanas y la tercera fase duraba de 1 a 2 años después del alta. En la primera fase se realizaba una evaluación comprensiva de su situación psicológica y social durante la primera semana. La segunda fase era un programa combinado de educación y terapia en grupo, entrenamiento en relajación, educación física, etc. En la tercera fase se incluía a la esposa en sesiones de grupo con finalidad educativo-social.

En el seguimiento final a los 5 años del tratamiento se consiguió obtener el 90% de la muestra original.

Los resultados fueron los siguientes:

56 sujetos (41%) recuperados o mejorados significativamente, 29 sujetos (21%) moderadamente mejorados y los 53 restantes (38%) sin cambios o deteriorados.

De toda la muestra, 11 (8%) se manejaron para mantener un régimen de bebida controlada y mejoría en su funcionamiento psicológico y social. Cuatro sujetos después de 6 meses de abstinencia, bebieron de forma controlada, 3 tuvieron recaídas dos veces por año de 2 a 5 días de duración, pero se manejaron para recuperarse y continuaron con sus pautas.

El status "casado" fué la única variable significativa de datos al comienzo del tratamiento. Aunque no estadísticamente significativo, también el tener un trabajo a tiempo total, fué un buen predictor.

Ninguna otra variable les identificó del resto -

del grupo.

Estos 11 sujetos tenían un promedio de edad de 48 años, con un rango que oscilaba de los 35 a los 58 años. De los 11, 8 eran varones y sólo 3 mujeres.

La pauta de bebida en 9 sujetos fué la siguiente: estuvieron abstinentes al terminar el tratamiento por períodos entre 3 y 24 meses y luego comenzaron -- una pauta de bebida controlada, mientras que los otros dos bebieron moderadamente desde el principio del período de seguimiento. Conviene nuevamente resaltar -- que el tratamiento no tuvo como objetivo la bebida controlada sino la abstinencia.

Este tipo de características son las encontradas en el estudio de seguimiento realizado por la Rand Corporation (1980). Los sujetos con niveles mayores de dependencia se manejan mejor con la abstinencia y los sujetos con menores síntomas tienen mejores resultados cuando realizan tratamientos cuyo objetivo es la bebida controlada.

Sin embargo, en la revisión de Pattison (1977) sobre 74 artículos en los que aparecen sujetos que practicaban bebida controlada, no se encuentra ninguna característica que los delimite y se señala que la bebida controlada se consiguió con sujetos alcohólicos -- gamma, lo mismo que en la revisión de Saunders, Phil y Kershaw (1979), los cuales encontraron que un grupo de 162 sujetos que anteriormente habían presentado una serie de graves trastornos por consumir alcohol, habían -- llegado a beber de forma moderada sin problemas y la única

ca variable que les diferenciaba de los sujetos que practicaban la abstinencia era el no haber recibido tratamiento para el abuso de alcohol.

Cuando se revisan los tratamientos cuya meta era específicamente la bebida controlada no parece encontrarse ninguna característica específica que pre disponga a la bebida controlada, excepto que la forma de tratamiento tenga un enfoque conductual. Recordemos, por ejemplo, que los resultados de los Sobell y Sobell (1976) indicaban que la persistencia a lo largo del tiempo de una bebida adecuada se debía al tratamiento de terapia de conducta individualizada con -- objetivo de bebida controlada.

Finalmente, Miller y Caddy (1977) dieron una guía de cuáles serían las características que delimitarían los objetivos de bebida controlada y de abstinencia, en una serie de puntos que se detallan a continuación:

A) Contraindicaciones de la meta de abstinencia

- Rechazo del paciente a abstenerse
- Demandas externas fuertes para beber (profesión, etc)
- Paciente joven con aparente "estadio primero" en sus problemas de bebida y con apoyo familiar, de empleo y social intactos.
- Fracaso anterior para responder a un tratamiento orientado a la abstinencia.

B) Contraindicaciones para bebida controlada

- Evidencia de enfermedad de hígado progresiva y que el uso de alcohol pueda ser peligroso para su vida.
- Evidencia de otros problemas de salud o trastornos psiquiátricos que puedan ser exacerbados -- por el uso mínimo de alcohol.
- Que la persona quiera abstinencia.
- Demandas externas muy fuertes para que el paciente se abstenga.
- Intoxicación patológica de forma que el paciente exhiba de forma frecuente una conducta anómala o incontrolada incluso con pocas cantidades de alcohol.
- Evidencia de adicción fisiológica reciente porque la dependencia puede ocurrir de forma rápida en personas con síntomas de abstinencia.
- Uso de medicación que se considera peligrosa -- cuando se toma en combinación con el alcohol.
- Éxito en la abstinencia después de trastornos graves de bebida o fallos anteriores para responder a una terapéutica dirigida a la moderación.

4.6. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO ACONSEJADAS POR DIFERENTES AUTORES PARA FACILITAR EL OBJETIVO DE LA BEBIDA CONTROLADA.

Dado que la experiencia en este tipo de tratamientos es limitada, se sugieren unas pautas de tratamiento que faciliten la labor a aquellos que se enfrentan al tema.

Lloyd y Salzber (1975) sugieren las siguientes estrategias:

- 1º Comenzar con un entrenamiento en discriminación del nivel de alcohol en sangre mediante un feedback informativo a través de muestras de la concentración de alcohol en aliento.
- 2º Enseñar pautas de bebida social:
 - ordenar bebidas suaves
 - beber a sorbos
 - limitar el número de bebidas
 - beber en compañía
 - espaciar las bebidas.
- 3º Realizar un condicionamiento de evitación (eléctrico) a niveles de concentración de alcohol altos y/o pautas alcohólicas de bebida.
- 4º Facilitar la adquisición de aquellas habilidades que incrementen los refuerzos que el sujeto recibe, ensa

yando primero en la consulta y posteriormente transferirlo a su entorno, incorporando al proceso terapéutico a las personas allegadas.

Para Miller (1976) el tratamiento clínico debía incluir :

1º Estrategias para decrecer el valor positivo del abuso del alcohol, sugiriendo:

- condicionamiento encubierto
- utilización de Antabús
- entrenamiento en auto-control: en el incluye fundamentalmente, enseñar a controlar los estímulos que le facilitan el beber (lugares, personas, aislamiento), una programación conductual de forma que sea el sujeto el que -- reorganice las consecuencias de su conducta, (auto-refuerzos y auto-castigos) y utilizar tarjetas donde estén registradas las consecuencias aversivas últimas y que el sujeto - tiene que leer cada vez que "necesite" beber.

Una posible tarjeta recogería:

Consecuencias aversivas

Pérdida de la familia
Pérdida del empleo
Pérdida de amigos
Cirrosis

Consecuencias positivas

Mejor vida familiar
La familia orgullosa de él/ella
Posible mejoría en el trabajo
Buena salud

Ingresos en hospital	Reconocimiento de los demás
accidente	Sentimiento de auto-estima
Muerte por: intoxicación	
Causar la muerte a otros	

2º Incrementar conductas alternativas:

- entrenamiento en habilidades sociales
- entrenamiento en relajación
- facilitar ideas y habilidades para emplear el tiempo libre.

3º Reorganización del ambiente para que se incremente la probabilidad de la sobriedad:

- consejo matrimonial
- contratos de contingencia
- etc.

4º Realizar siempre las metas del tratamiento de forma individualizada, bien la abstinencia, bien la bebida controlada.

5º Apoyar al sujeto para que mantenga los cambios, incrementando la frecuencia de sesiones de seguimiento.

6º Realizar un sistema de evaluación continuado que incluya:

- auto-informes

- informes de : . allegados
 . amigos
 . compañeros de trabajo.
- análisis aleatorios de concentración de alcohol en aliento.
- informes de hospitales, comisarias, etc.
- informes que recojan además el funcionamiento social, matrimonial, emocional.

Pattison (1979) sugiere algunos detalles concretos, que, por suponerse evidentes, no suelen especificarse pero que son de gran valor especialmente para el terapeuta principiante y, dada la falta de preparación en el área, para todos en general:

- 1º Identificar la clase de problemas que tiene el sujeto mediante una historia detallada y un análisis funcional que debe necesariamente registrar: dónde, cuándo, cómo, por qué bebe y cómo responde su entorno a su bebida, además de una evaluación de las demás áreas de su vida junto con las necesidades del paciente de forma que nos facilite saber qué cambios son deseables y cuáles son posibles.
- 2º El momento del inicio del tratamiento es fundamental para conservar al paciente y que se motive para el cambio, necesitando tener en cuenta:

- a) La ansiedad, aislamiento y alienación personal del paciente, las cuales deberían - reducirse, en parte, a través de la relación con el personal del centro.
- b) Resistir la racionalización y rechazo de - los problemas con la bebida, pero de forma que se respete la auto-estima del sujeto. Evitar provocarle culpa.
- c) Ofrecer una actitud de esperanza y expectativas de cambio positivas.
- d) Evaluar las necesidades de cuidado médico.
- e) Si se necesita, aliviar el síndrome de abstinencia.
- f) Facilitar, en lo posible, comida, ropa, casa cuando el sujeto lo necesite.
- g) Definir las metas del tratamiento (abstinencia - bebida controlada) después de una etapa inicial de abstinencia, enfatizando la - decisión conjunta terapeuta-paciente.
- h) Facilitar la permanencia en el tratamiento - de la siguiente manera:
 - eliminar lista de espera
 - explicar al paciente los fines del tratamiento y los resultados probables.
 - si estuvo en otros tratamientos, dejarle - expresar sus resentimientos, temores, etc.
 - integrar a los familiares en el programa de tratamiento.

- si el sujeto no acude a la cita, es im
perativo que se vuelva a contactar con
él por carta, teléfono o personalmente.

- i) Facilitar la veracidad de los auto-informes,
no castigando la bebida y reforzando el hecho
de haber realizado los registros de su conducta
ta de beber.

Finalmente, desde mi propia experiencia de trata
tamiento con sujetos españoles, sugeriría una serie -
de pautas de tratamiento que facilitan la permanencia
la veracidad y el cambio.

Desde esta perspectiva aconsejaría realizar, al
menos, las siguientes tareas:

- 1º Una historia clínica completa (se sugiere el perfil
de bebida de Marlatt, 1975; anexo)
- 2º Análisis clínicos de la función hepática.
- 3º Evaluación del deterioro psico-orgánico (WAIS, BEN
DER, etc.)
- 4º Plantear una meta de abstinencia inicial, excepto -
si se corre el peligro de perder al paciente; en -
ese caso se ofrece un programa de bebida controlada
durante un período de tiempo limitado (2-3 meses).
Si después de este período el individuo no puede cumplir
plir las normas del programa, volver a plantear el -
objetivo de abstinencia.

- 5º Facilitar el contacto médico para prevenir/eliminar el síndrome de abstinencia.
- 6º Explicar la dependencia en un esquema de aprendizaje, resaltando la posibilidad de cambio.
- 7º Explicar, en términos adecuados a cada paciente, el proceso de extinción de una conducta.
- 8º Plantear el cambio en términos de descenso de la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de bebida descontrolada y de incremento de duración de los períodos de sobriedad; incluyendo en esta explicación "la recaída".
- 9º Explicar los principios del refuerzo, fundamentalmente del refuerzo social tanto al sujeto como a sus familiares de forma que se facilite un posible programa de eliminación de atención a la conducta de beber (extinción de riñas, conversaciones sobre bebida, promesas de no beber, etc.).
- 10º Facilitar hojas de registro al sujeto y familiares donde puedan anotar las características de la bebida (anexo), sus consecuencias, sus estímulos antecedentes, de forma que pueda elaborarse un programa de tratamiento individualizado adecuado a las características de cada sujeto.
- 11º Dentro de un esquema de auto-control, explicar los distintos grados de control externo que en ocasiones es necesario realizar hasta conseguir el control fundamentalmente por variables internas. En un gradiente de más control externo a menos control

se incluiría: el internamiento en institución - cerrada, la implantación de Disulfiram, la ingestión de Disulfiram o similares por vía oral suministrado por un familiar, la utilización de - Disulfiram o similar pero tomada por uno mismo, el ejercicio del propio control mediante restricción de exposición a determinados estímulos discriminativos asociados con el beber (lugares, - compañías, etc.), auto-control final. Todo ello entendido como un proceso progresivo de cambio a través de la acción de conductas alternativas y no a través de la palabra.

- 12º No castigar los episodios de bebida y reforzar - la abstinencia o la bebida controlada, lo cual facilita la veracidad del sujeto y el descenso - progresivo de la bebida descontrolada, además - de prevenir "las recaídas" y las "pérdidas".
- 13º Enseñar a los allegados a reforzar la abstinencia o la bebida controlada, y si es necesario previamente hacer una desensibilización a los familiares de los episodios de bebida para que puedan - sin ansiedad, realizar ese programa de atención diferencial.
- 14º En general, entrenar en relajación, facilitando su aprendizaje y práctica mediante su grabación en - cassette.

- 15º En función de las características de cada sujeto:
estudiar los estímulos de ansiedad que facilitan
sus episodios de bebida descontrolada para aplicar
el tratamiento adecuado (desensibilización, inun-
dación, reestructuración cognitiva, etc.).
- 16º Estudiar la dificultad de expresión de sentimien-
tos negativos, quejas, deseos, tanto en la vida -
como en relación a la bebida. Si es necesario, ha-
cer entrenamiento asertivo. Es especialmente impor-
tante enseñar a ser asertivo con amistades, compro-
misos sociales, etc. cuando le ofrecen bebidas, en-
señando no sólo a decir no, sino a dar respuestas
alternativas tales como: "no gracias, prefiero un
café", "no gracias, no me apetece", "no insistas,
el médico me lo ha prohibido", etc.
- 17º Cuando sea necesario entrenar en habilidades socia-
les (especialmente con personas del sexo contrario)
y en formas de comunicación más positivas, utilizan-
do video-tape, role-playing, ensayos de conducta, -
etc.
- 18º Hacer un entrenamiento en la observación y registro
de conductas positivas que deben reforzarse por el
terapeuta y enseñar a que el propio sujeto se las
refuerce con el fin de incrementar su auto-estima,
- 19º Cuando el sujeto no acude a la cita, es necesario -
contactar con él por teléfono, carta o incluso per-

sonalmente en su domicilio para no perderlo.
(Esto suele ocurrir de forma más frecuente en las primeras sesiones de tratamiento o cuando a pesar de las explicaciones, el sujeto vive su episodio de bebida descontrolada como fracaso para él y un fallo hacia el terapeuta).

Si se hace un programa de bebida controlada:

- Exigir el cumplimiento de una serie de pautas tales como:

- beber días alternos.
- beber como máximo al día el equivalente a dos copas de licor.
- beber de forma social:
 - . pedir bebidas de poca graduación.
 - . beber despacio, a sorbos.
 - . no apurar las bebidas
 - . espaciar el pedir las bebidas
 - . beber en compañía
 - . empezar a beber por la tarde
 - . venir a consulta sin beber (utilizar aleatoriamente medidas de nivel de alcohol en sangre, vía análisis de aliento).

281

4.7. PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO

4.7. PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO

Tres fuentes diversas de datos: los estudios de seguimiento de alcohólicos, la experimentación y algunos tratamientos determinados, han señalado la posibilidad de que la bebida controlada y sin problemas pueda ser una meta en el tratamiento de algunos sujetos alcohólicos.

Entre los estudios de seguimiento, los publicados por el NIAAA (Rand Corporation) han demostrado que las recuperaciones de los sujetos alcohólicos ocurren de dos maneras: la abstinencia a largo plazo y la bebida sin problemas. En ambos grupos han encontrado que los niveles de mejoría en el ajuste social y en sus condiciones físicas y psíquicas eran similares, igual que su tasa de recaídas que en ambos grupos era mínima.

Los estudios experimentales sobre consumo de alcohol con sujetos alcohólicos de Mendelson y Mello, Nathan y Marlatt, han puesto en evidencia que la conducta de beber es una conducta operante, que se mantiene por diversas contingencias reforzantes. Los experimentos con bebida subrepticia han demostrado que el fenómeno de la "pérdida de control" depende de variables psicológicas tales como las expectativas y creencias de los sujetos alcohólicos.

En el área de los tratamientos, el enfoque conductual ha incluido, a partir de los años 70, la - -

orientación de algunos sujetos alcohólicos hacia la bebida controlada. Destaca el tratamiento realizado por el matrimonio Sobell, cuyos resultados señalan que se puede enseñar a sujetos alcohólicos gamma a consumir bebidas alcohólicas en un nivel moderado y sin pérdidas de control.

El presente trabajo se centra en el tratamiento conductual de un grupo de sujetos alcohólicos -- que ha sido dividido para recibir bien una orientación a la bebida controlada, bien una orientación a la abstinencia.

Se ha utilizado un enfoque conductual de amplio espectro (Pomerleau y Adkins, 1980; Sobell y Sobell, 1972, 1973, 1976) cuyo supuesto fundamental es que la conducta de beber se adquiere y se mantiene por ciertas clases de estímulos antecedentes y refuerzos que varían ampliamente de un sujeto a otro. Es por tanto necesario realizar un análisis funcional cuidadoso de los estímulos - respuesta - refuerzo en cada caso individual para planificar el tratamiento.

La enseñanza de la bebida controlada en sujetos alcohólicos como una alternativa a la abstinencia es un tema muy controvertido ya que está en directa contradicción con los modelos tradicionales de alcoholismo. El supuesto fundamental del modelo médico es que el alcohólico tiene una alteración biológica subyacente que le convierte en un enfermo crónico, vulnerable al alcohol para siempre. Esta alteración que causa el

alcoholismo no puede ser curada con el conocimiento actual. Lo mejor que puede ocurrirle a un alcohólico es que se rehabilite y controle su alcoholismo, y ésto sólo se puede conseguir con la abstinencia.

El objetivo fundamental de este trabajo consiste en presentar evidencia empírica de que el tratamiento conductual puede conseguir recuperación de los sujetos alcohólicos tanto en los que han sido orientados a la bebida controlada como los que lo han sido hacia la abstinencia, y que los sujetos -- que consiguen una bebida controlada mantienen su recuperación de forma tan estable como los sujetos que consiguen mantener una abstinencia larga.

El programa de tratamiento ha sido realizado de acuerdo con las características individuales de cada sujeto. Se les ha entrenado a identificar y registrar los lugares y sucesos que les lleva a la bebida excesiva, enseñándoles conductas alternativas adecuadas.

Cuando la orientación en el tratamiento se ha enfocado a la bebida controlada, se han dado instrucciones específicas para conseguir un nivel de bebida moderada (beber despacio, combinar bebidas, beber -- acompañado, no beber diariamente, etc.).

A ambos grupos se les ha enseñado técnicas de asertividad para rechazar las invitaciones y proposiciones sociales para beber.

Otro objetivo del trabajo ha sido comparar la eficacia total del tratamiento conductual. Puesto - que en el tratamiento de sujetos alcohólicos no se - puede utilizar un grupo de control sin tratamiento, se ha considerado sin tratamiento a aquellos sujetos que sólo acudieron a 1 ó 2 consultas. Estos sujetos se han comparado con los sujetos que recibieron tratamiento en una serie de índices de mejoría y recuperación (frecuencia de consumo, intensidad de consumo, pérdidas de control y alteraciones debidas al alcohol).

5.- METODO

5.1. Sujetos

5.2. Material utilizado

5.3. Diseño

5.4. Procedimiento

5.4.1. Tratamiento Conductual

5.4.1.1. Bebida Controlada

5.4.1.2. Abstinencia

5.1.- SUJETOS

En el programa de tratamiento conductual participaron un total de 28 sujetos, 20 varones y 8 mujeres. El grupo presentaba una media de edad de 39.04 años, con un rango que oscilaba desde los 23 años a los 57. Mas de la mitad de los sujetos estaban casados (54%), un 29% eran solteros, un 14% separados y sólo un 3% viudos. El nivel educacional se repartía por todos los estratos educativos (tabla 1), predominando el grupo de sujetos con estudios primarios (57%).

En el grupo de varones trabajaba el 70% y estaba en paro el 30% restante. En el grupo de mujeres, el 37,5% se dedicaban a sus labores, y un 62,5% trabajaba, fundamentalmente de empleadas de hogar.

El inicio del consumo habitual de alcohol más frecuente (71,5%) se debía a trastornos neuróticos y psicopáticos, mientras que los factores de socialización habían sido predominantes únicamente en el 28,5% restante. En el grupo de mujeres, el 100% había comenzado a beber debido a factores emocionales. Esta forma de inicio se considera como un factor de peor pronóstico en el tratamiento tradicional debido a que el sujeto tendría que ser tratado de la dependencia a la sustancia y de los trastornos emocionales.

Los varones habían comenzado a beber en edades muy tempranas (el rango de edad oscilaba entre los 12 y los 28 años), en tanto que las mujeres comenzaron a beber en la juventud o la madurez (el rango de

edad oscilaba de los 20 a los 40 años). La distribución por edades se recoge en la tabla 1 .

Aproximadamente un 20% había sido tratado con anterioridad, necesitando incluso ingreso en una institución cerrada.

Cuando los sujetos acudieron a tratamiento fueron clasificados respecto a sus características actuales de beber, teniendo en cuenta fundamentalmente, - la existencia de pérdidas de control, la capacidad - de abstinencia y el aumento de tolerancia (tabla 1). El 71,5% tenía unas características de consumo que implicaban una tolerancia aumentada, un metabolismo -- adaptado al alcohol, una incapacidad de abstinencia y pérdidas de control, las características que configuran un tipo de sujeto alcohólico que Jellinek consideró como "gamma", y cuya única forma de tratamiento se pensaba que era la abstinencia.

El promedio de consumo de alcohol absoluto diario al acudir al tratamiento fué estimado en aproximadamente 300 c.c., sin diferencias significativas entre varones y mujeres (tabla 1).

Antes del tratamiento el 95% de los varones y - el 100% de las mujeres bebían diariamente. Un 68% bebía en ayunas y casi la mitad bebía de forma oculta. Tres cuartas partes, tanto de los varones como de las mujeres tenían pérdidas de control de al menos una -- vez por semana, llegando incluso a perder el control diariamente. Sólo el 20% del grupo no tenía pérdidas de control. La forma predominante de beber era solita

ria, especialmente en el grupo de mujeres (87,5%) y el tipo de bebidas más frecuentes eran la combinación de licores con vino y/o cerveza (75%). Los varones bebían habitualmente en el bar y las mujeres en casa.

Se recogieron datos sobre las complicaciones y trastornos tanto físicos como psíquicos y sociales - cuyo origen se debía a un consumo excesivo y habitual de alcohol, y que se detallan en las tablas adjuntas.

Interesa destacar, no obstante, que el 86% de los sujetos tenían trastornos de tipo físico, el - - 96,5% trastornos que afectaban su área psíquica y el 89% alteraciones en su medio socio-laboral y familiar, no encontrándose diferencias significativas entre el grupo de varones y de mujeres. Muy pocos sujetos (7%) habían tenido, sin embargo, un Delirium Tremens.

Los antecedentes emocionales inmediatamente anteriores a la bebida eran de tipo negativo sobresa- liendo el nerviosismo y el aburrimiento, y siendo me- nos frecuentes, la sensación de frustración y el de- seo de expresar agresividad. Muchos sujetos tenían - dificultades para rechazar bebidas cuando les invita- ban (72%), siendo menos asertivos los varones (80%) que las mujeres (50%).

De estos 28 sujetos, 10 fueron incluidos en un programa de "bebida controlada" y 18 fueron incluidos en un programa de "abstinencia". Separados ambos gru- pos, se estudió su homogeneidad en aquellas variables que se consideraban relevantes en el pronóstico de -

los tratamientos. La edad media de los sujetos, el estado civil y el nivel de estudios eran similares en ambos grupos (tabla 2). El modo de beber -- antes del inicio del tratamiento, característico -- de los alcohólicos gamma era algo más frecuente en el grupo de bebida controlada (80%) que en grupo -- de abstinencia (67%). Había más sujetos en paro en el grupo de abstinencia (30%) que en el de bebida controlada (10%). También en el grupo de abstinencia había habido antecedentes de ingreso y tratamiento por alcoholismo con más frecuencia (30%) que en el grupo de bebida controlada (10%) (ver apartado de procedimiento).

El grupo de bebida controlada bebía diariamente en el 100% de los casos, y casi el 95% del -- grupo de abstinencia. Con pérdidas de control de al menos una vez en semana ambos grupos presentaban un número similar de sujetos (aproximadamente un 75%).

La cantidad media de consumo de alcohol absoluto era similar en ambos grupos ($\bar{X} = 302,5$ en el grupo de bebida controlada y $\bar{X} = 295,5$ en el de abstinencia). Era más frecuente el consumo solitario -- en el grupo de abstinencia debido a que la mayoría de las mujeres estaban incluidas en él (el 75% de -- mujeres hizo un programa de abstinencia). Entre los varones el reparto entre consumo solitario y acompañado era homogéneo en ambos grupos (bebida controlada y Abstinencia).

El 80% de los sujetos del grupo de bebida con-

trolada y el 88,8% del grupo de abstinencia tenían trastornos de tipo físico producidos por el consumo de alcohol.

Presentaban alteraciones de tipo psicológico el 94,5% del grupo de abstinencia y el 100% del -- grupo de bebida controlada. Complicaciones en el - área familiar aproximadamente aparecían en el 80% de ambos grupos y la realización de delitos se había dado de forma similar en los dos grupos en el 20% de los sujetos (tabla 2 nº 7 y 8).

TABLA 1

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS SUJETOS QUE COMPONEN
LA MUESTRA .

A) DATOS DEMOGRAFICOS

1.- Sexo	N total	.(%)
Hombres	20	71,5
Mujeres	8	28,5
TOTAL	28	100

2.- Edad	N total	N varones	N mujeres
20-29	5	4	1
30-39	8	6	2
40-49	11	6	5
50-59	4	4	-
$\bar{x} =$	39.04	39.35	38.50
$\sigma_x =$	9.28	10.17	7.17

3.- Estado Civil	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	8	29	5	25	3	37,5
Casado	15	54	12	60	3	37,5
Viudo	1	3	1	5	-	-
Separado	4	14	2	10	2	25
TOTAL:	28	100	20	100	8	100

4.- Nivel Educativo	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Sin estudios	4	14	2	10	2	25
Estudios primarios	16	57	12	60	4	50
Estudios medios	5	18	3	15	2	25
Universitarios	3	11	3	15	-	-
TOTAL:	28	100	20	100	8	100

5.- Nivel Ocupacional	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Inactivos	3	11	-	-	5	37,5 (s.l.)
Trabajando	19	66	14	70	5	37,5
Activos						
En paro	6	23	6	30	-	-
TOTAL:	28	100	20	100	8	100

B) DATOS CLINICOS1.- Causas del inicio del hábito alcohólico

CAUSAS	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Enfermedades mentales	-	-	-	-	-	-
Psicopatías y neurosis	20	71,5	12	60	8	100
Factores sociales anormales	-	-	-	-	-	-
Ambiente alcohólico de la sociedad.	8	28,5	8	40	-	-

2.- Edad de inicio del hábito alcohólico

EDAD INICIO	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
10-14	1	3,5	1	5	-	-
15-19	10	36	10	50	-	-
20-29	15	53,5	9	45	6	75
30-39	1	3,5	-	-	1	12,5
40-49	1	3,5	-	-	1	12,5
$\bar{x} =$	21,5		18,95		27,8	

3.- Tratamiento anterior

Tratamiento	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Sin ingreso	2	7	2	10	-	-
Con ingreso	4	14	2	10	2	25
TOTAL:	6	21	4	20	2	25

4.- Modo de beber

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
No pérdida de control, capacidad de abstinencia, No síndrome de -- abstinencia.	1	3,5	-	-	1	12,5
Tolerancia aumentada, metabolismo adaptado al alcohol, incapacidad de abstinencia. Capacidad control conservada.	5	18	3	15	2	25
Tolerancia aumentada, metabolismo adaptado al alcohol, incapacidad de abstinencia. Pérdida de control.	20	71,5	15	75	5	62,5
Capacidad de abstinencia Pérdida de control, bebedores de curso intermitente.	2	7	2	10	-	-

5.- Frecuencia de bebida

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Bebida diaria	27	96,5	19	95	8	100
Bebida intermitente	1	3,5	1	5	-	-

6.- Características de la bebida

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Bebida en ayunas	19	68	15	75	4	50
Bebida oculta	13	46	6	30	7	87,5

7.- Frecuencia de la pérdida de control

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Diaria	4	14	2	10	2	25
2 - 3 en semana	10	36	8	40	2	25
1 en semana	7	26	5	25	2	25
1 en quince días	1	3,5	1	5	-	-
1 en 3 - 4 semanas	1	3,5	-	-	1	12,5
sin pérdida de control	5	18	4	20	1	12,5

8.- Estimación media de consumo diario de alcohol
absoluto en c.c.

Cantidad c.c.	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
100 - 149	2	7,14	1	5	1	12,5
150 - 249	4	14,29	2	10	2	25
250 - 349	12	42,86	10	50	2	25
350 - 449	6	21,43	5	25	1	12,5
450 - 500	4	14,29	2	10	2	25
\bar{X} =	298 c.c.		302 c.c.		287 c.c..	

9.- Tipo de bebida

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Cerveza	-	-	-	-	-	-
Vino	2	7	1	5	1	12,5
Licores	3	11	3	15	-	-
Cerveza y vino	2	7	2	10	-	-
Cerveza y/o vino y/o licores.	21	75	14	70	7	87,5

10.- Compañía en la bebida

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Consumo solitario	12	43	5	25	7	87,5
Consumo con amigos	9	32	9	45	-	-
Ambos tipos de consumo	7	25	6	30	1	12,5

11.- Lugar de consumo

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Bar	15	54	14	70	1	12,5
Casa	5	18	-	-	5	62,5
Ambos	8	38	6	30	2	25

12.- Capacidad para rechazar bebidas alcohólicas

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
No asertivos	20	72	16	80	4	50

13.- Complicaciones de tipo físico

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Temblor, pituitas matu- tinas, anorexia, insom- nio, etc.	23	82	16	80	7	87,5
Síndromes neuróticos	7	25	7	35	-	-
Síndromes gástricos y ulcerosos.	2	7	2	10	-	-
Insuficiencia hepática	4	14	2	10	2	25
Senilidad precoz alcohó- lica	3	11	2	10	1	12,5

14.- Complicaciones de tipo psíquico

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Embriagueces patológi- cas.	1	3,5	1	5	-	-
Neurasténica alcohóli- ca.	7	25	7	35	-	-
Trastornos caracteró- lógicos; irritabilidad explosividad; distimias depresión	21	75	13	65	8	100
Estados demenciales al- cohólicos. Síndrome de Korsakow.	1	3,5	-	-	1	12,5

15.- Complicaciones de tipo social

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Desajuste familiar	18	64	14	70	4	50
Separación conyugal	4	14	2	10	2	25
Disgregación familiar	2	7	1	5	1	12,5
Degradación familiar	1	3,5	1	5	-	-

Desajuste laboral	5	18	3	15	2	25
Absentismo laboral	2	7	2	10	-	-
Inestabilidad laboral	5	18	4	20	1	12,5
Degradación laboral	3	11	2	10	1	12,5
Incapacidad laboral	3	11	2	10	1	12,5

Conducta antisocial menor.	3	11	3	15	-	-
Conducta antisocial mayor (delitos, arrestos, etc.).	1	3,5	1	5	-	-
Pérdida de nivel social	3	11	1	5	2	25

16.- Operación de estómago

	<u>N total</u>		<u>N varones</u>		<u>N mujeres</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Operados	3	11	3	15	-	-
No operados	25	89	17	85	8	100

17.- Delirium Tremens

	N total.		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
SI	2	7	1	5	1	12,5
NO	26	93	19	95	7	87,5

18.- Emociones asociadas con el beber

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Nerviosismo, aburrimiento, tristeza.	20	72	12	60	8	100
Alegria	3	11	3	15	-	-
Frustración, deseo de expresión de agresividad.	7	25	5	25	2	25

19.- Sensaciones físicas asociadas con el beber

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Malestar diverso	11	39	9	45	2	25
Bienestar	3	11	3	15	-	-

20.- Caracterización de los alcohólicos gamma, según
la clasificación de Jellinek

	<u>N</u>	<u>%</u>
Varones	15	75
Mujeres	5	62,5
TOTAL	20	71,5

TABLA 2

CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS QUE COMPONEN EL GRUPO
DE BEBIDA CONTROLADA Y EL GRUPO DE ABSTINENCIA.

A)- DATOS DEMOGRAFICOS1.- Edad

Bebida controlada = 10 sujetos $\bar{X} = 38,3$ años

Abstinencia = 18 sujetos $\bar{X} = 39,4$ años

2.- Estado Civil

	Bebida controlada		Abstinencia	
	N	%	N	%
Soltero	3	30	5	27,8
Casado	5	50	10	55,5
Viudo	-	-	1	5,5
Separado	2	20	2	20

3.- Nivel Educativo

	Bebida controlada		Abstinencia	
	N	%	N	%
Sin estudios	1	10	3	16,7
Primarios	6	60	10	55,5
Medios	2	20	3	16,7
Universitarios	1	10	2	11,1

4.- Modo de beber

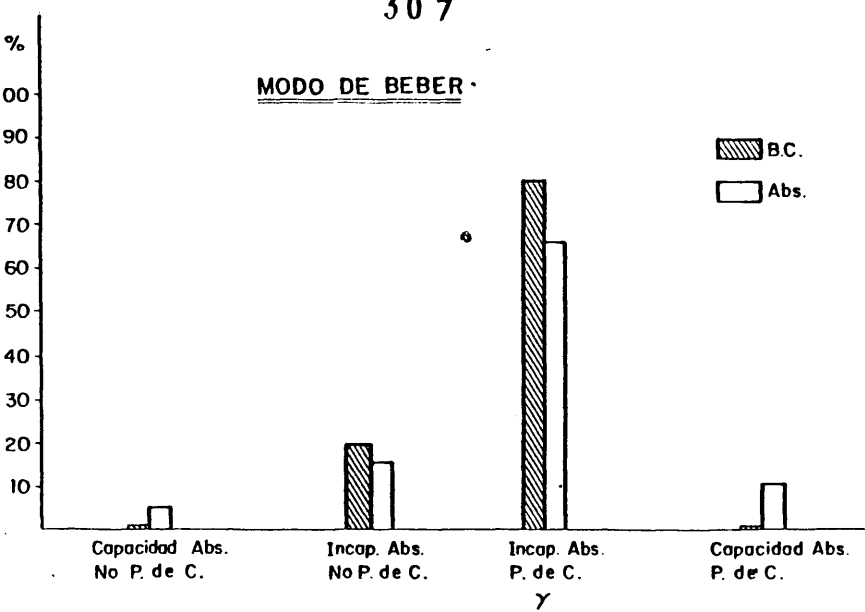
	<u>Bebida controlada</u>		<u>Abstinencia</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
No pérdida control, capacidad abstinencia no síndrome abstinencia.	-	-	1	5,5
Tolerancia aumentada, metabolismo adaptado, incapacidad abstinencia, capacidad control conservada.	2	20	3	16,5
Tolerancia aumentada, metabolismo adaptado, incapacidad abstinencia, pérdida de control	8	80	13	72,5
Capacidad abstinencia, pérdida control bebida curso intermitente.	-	-	1	5,5

5.- Frecuencia de bebida

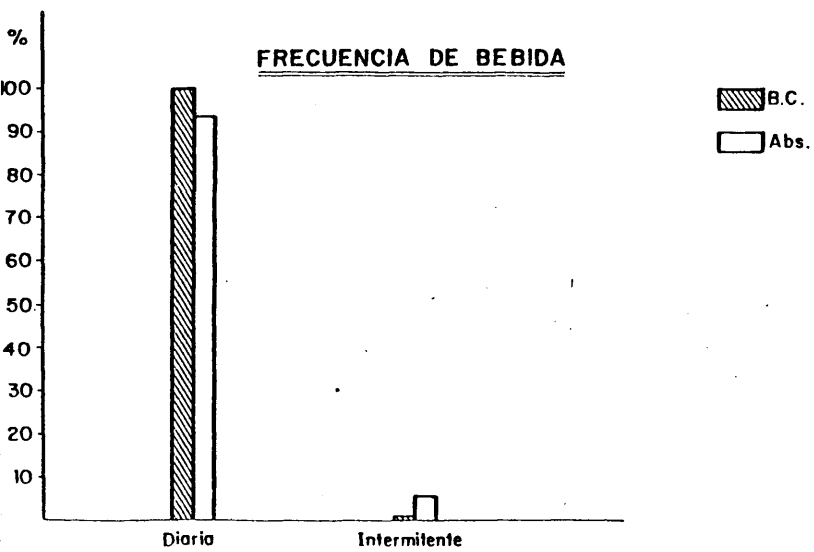
	<u>Bebida controlada</u>		<u>Abstinencia</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Bebida diaria	10	100	17	94,5
Bebida intermitente	-	-	1	5,5

307

MODO DE BEBER



FRECUENCIA DE BEBIDA



3.- Frecuencia de la pérdida de control

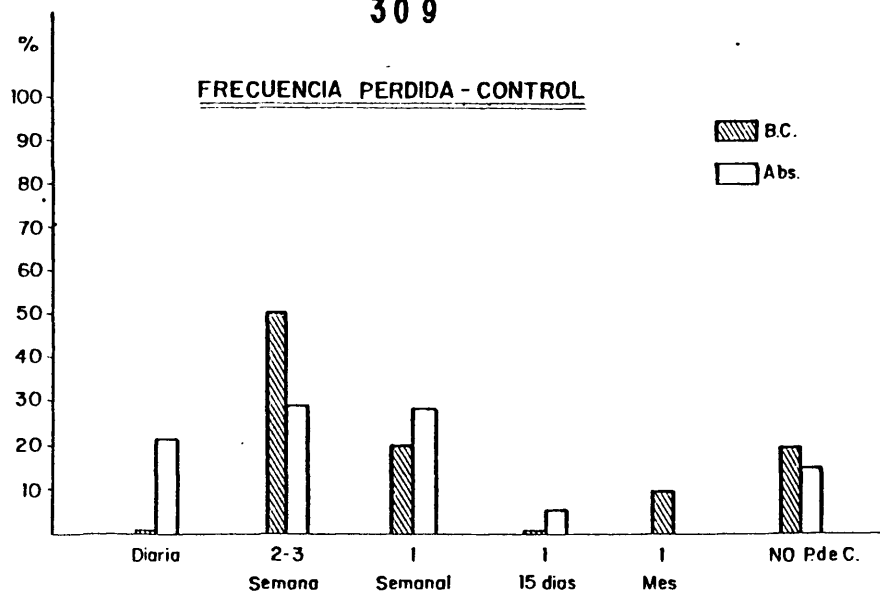
	Bebida controlada		Abstinencia	
	N	%	N	%
Diaria	-	-	4	22,2
2-3 semana	5	50	5	27,8
1 semanal	2	20	5	27,8
1 en 15 días	-	-	1	5,5
1 en 3-4 semanas	1	10	-	-
Sin pérdidas de control	2	20	3	16,7

4.- Promedio consumo alcohol absoluto diario

	Bebida controlada		Abstinencia	
	N	%	N	%
100 - 149	-	-	2	11,2
150 - 249	2	20	2	11,2
250 - 349	5	50	7	38,8
350 - 449	2	20	4	22,2
450 - 500	1	10	3	16,6
<hr/>				
	$\bar{X} = 302,5 \text{ c.c.}$		295,5 c.c.	
	$\sigma_x = 75,87$		108,21	

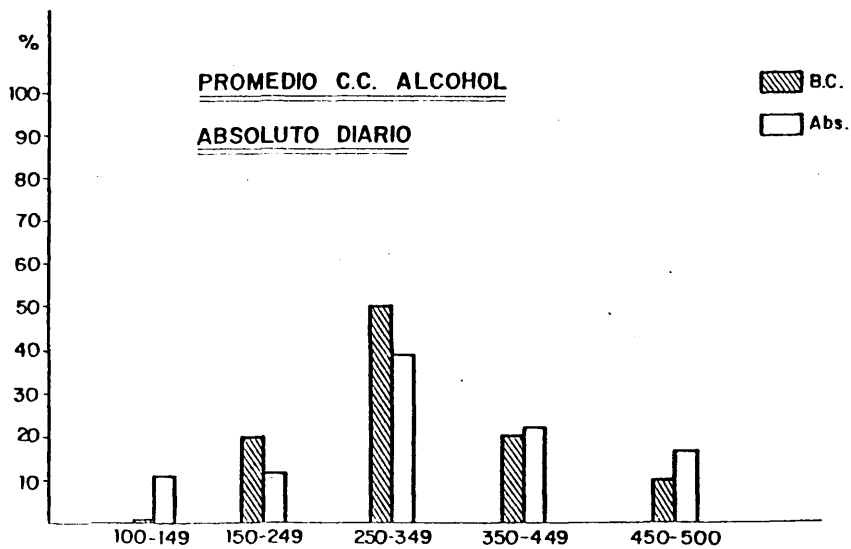
309

FRECUENCIA PERDIDA - CONTROL



PROMEDIO C.C. ALCOHOL

ABSOLUTO DIARIO



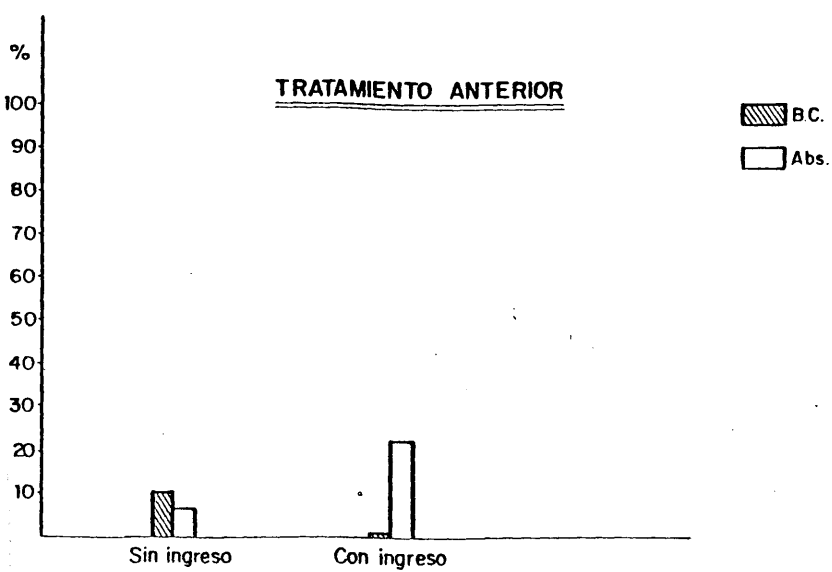
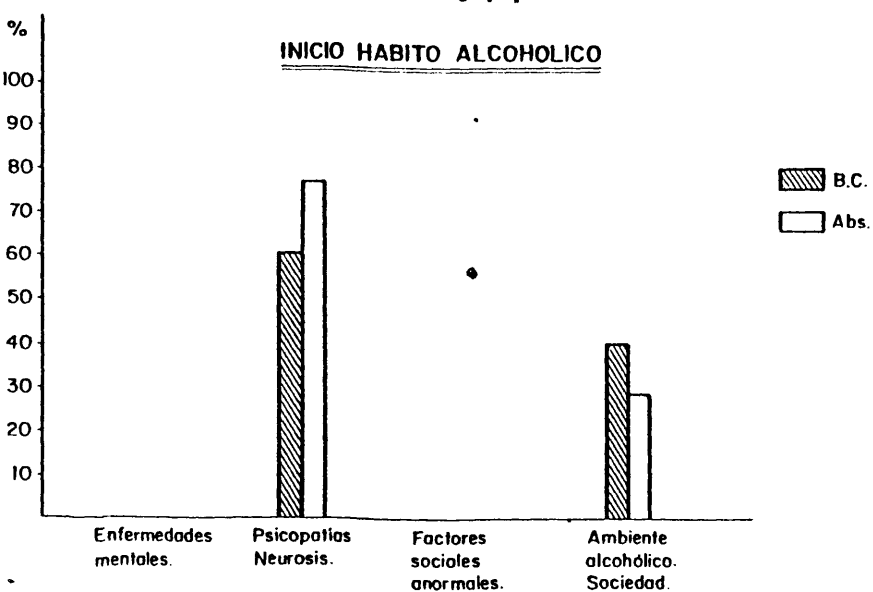
B) DATOS CLINICOS1.- Causas del inicio del hábito alcohólico

	<u>Bebida controlada</u>		<u>Abstinencia</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Enfermedades mentales	-	-	-	-
Psicopatías neurosis	6	60	14	77,5
Factores sociales anormales	-	-	-	-
Ambiente alcohólico de la sociedad	4	40	4	22,5

2.- Tratamiento anterior

	<u>Bebida controlada</u>		<u>Abstinencia</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Sin ingreso en institución	1	10	1	5,5
Con ingreso en institución	-	-	4	22,5

311



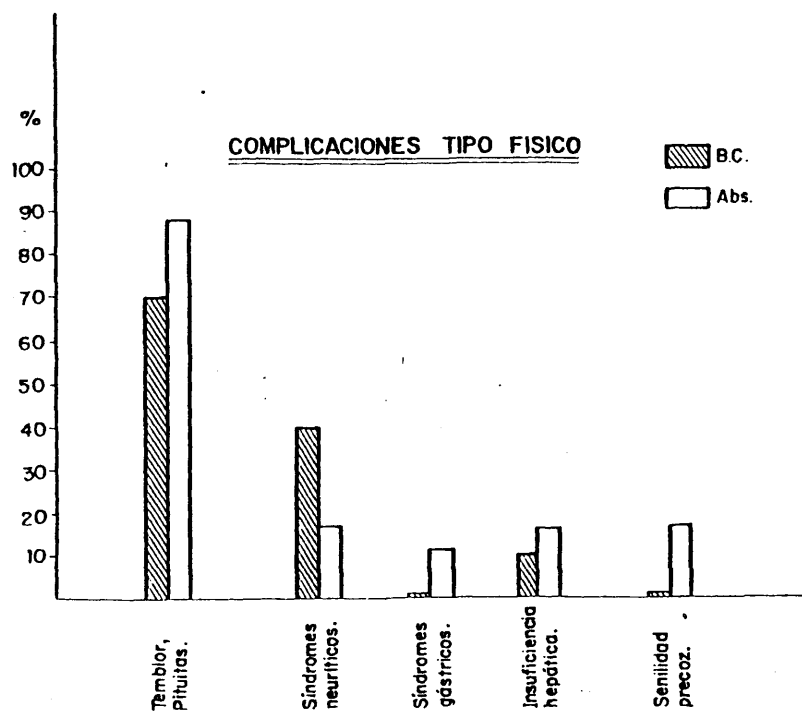
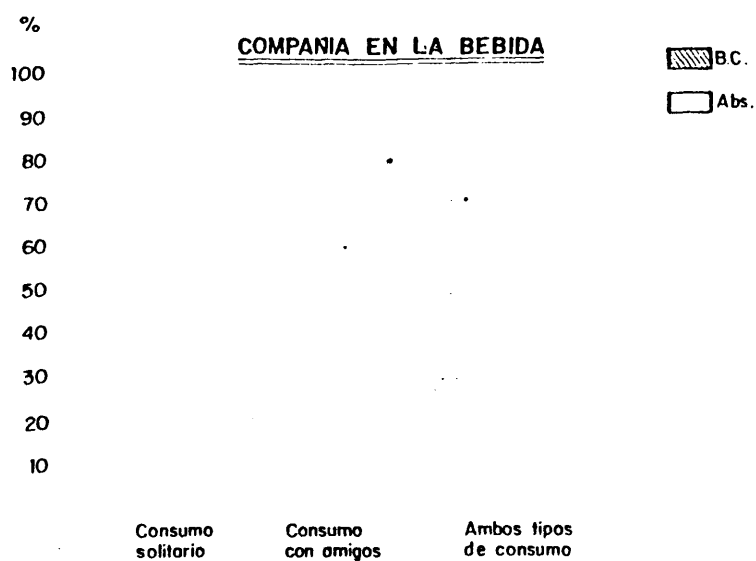
5.- Compañía en la bebida

	<u>Bebida controlada</u>		<u>Abstinencia</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Consumo solitario	2	20	10	55,6
Consumo con amigos	5	50	4	22,2
Ambos tipos de consumo	3	30	4	22,2

6.- Complicaciones de tipo físico

	<u>Bebida controlada</u>		<u>Abstinencia</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Temblor, pituitas, etc.	7	70	16	88,8
Síndromes neuríticos	4	40	3	16,6
Síndromes gástrico-ulcerosos	-	-	2	11,1
Insuficiencia hepática	1	10	3	16,6
Senilidad Precoz	-	-	3	16,6
N total de sujetos con complicaciones	8	80	16	88,8

313 - 2 a'



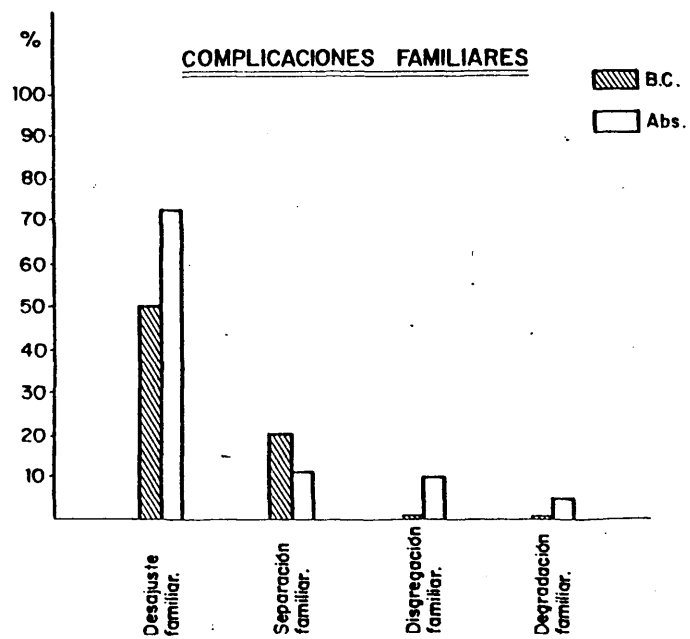
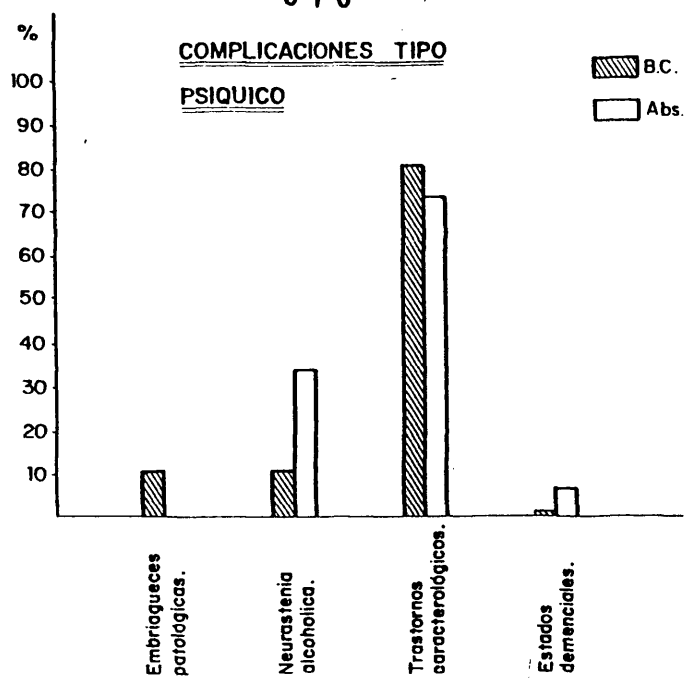
7.- Comparaciones de tipo social

	<u>Bebida controlada</u>		<u>Abstinencia</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Desajuste familiar	5	50	13	72,2
Separación familiar	2	20	2	11,1
Disgregación familiar	-	-	2	11,1
Degradación familiar	-	-	1	5,5
Nº de sujetos con complicaciones familiares	7	70	14	78
Desajuste laboral	2	20	2	11,1
Absentismo laboral	1	10	1	5,5
Inestabilidad laboral	-	-	5	27,7
Degradación laboral	1	10	2	11,1
Incapacidad laboral	1	10	2	11,1
Nº de sujetos con complicaciones laborales	4	40	9	50
Conducta antisocial menor	2	20	1	5,5
Conducta antisocial mayor	-	-	1	5,5
Pérdida de nivel social	-	-	3	16,6
Nº de sujetos con problemas sociales	2	20	4	22,2

8.- Complicaciones de tipo psíquico

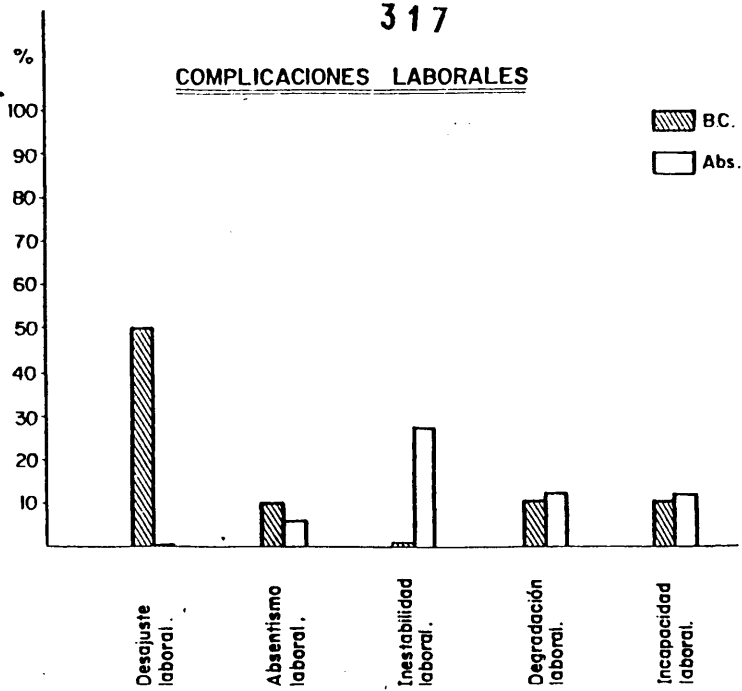
	<u>Bebida controlada</u>		<u>Abstinencia</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Embriagueces patológicas	1	10	-	-
Neurastenia alcohólica	1	10	6	33,3
Trastornos caracterio- lógicos	8	80	13	72,5
Estados demenciales	-	-	1	5,5
Nº total de sujetos con complicaciones	10	100	17	94,5

316

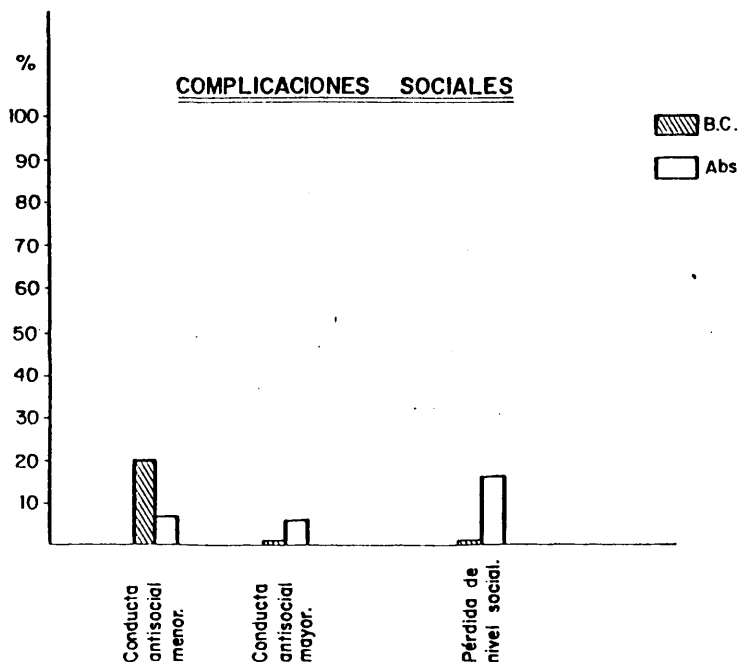


317

COMPLICACIONES LABORALES



COMPLICACIONES SOCIALES



Dado el sesgo que supone comparar porcentajes en unos grupos de sujetos de n pequeño, se realizó un emparejamiento de los sujetos orientados a la bebida controlada con los sujetos orientados a la abstinencia en las variables más relevantes para el --tratamiento (sexo, edad, modo de beber, trastornos por el consumo medio de alcohol y pérdidas de control. Este grupo emparejado lo componen 18 sujetos, 9 - orientados a la bebida controlada y otros 9 orientados a la abstinencia. Hay dos mujeres en cada grupo. La edad media de los sujetos es de 37,3 años en el - grupo de bebida controlada y 37,2 en el grupo de abstinencia. Siete sujetos de cada grupo tienen un modo de "beber caracterizado por una tolerancia aumentada, un metabolismo adaptado al alcohol y síndrome de abstinencia, incapacidad de abstinencia y pérdidas de - control, es decir, pueden considerarse típicos "alcohólicos gamma".

Con una pérdida de control de al menos una vez a la semana había también el mismo número de sujetos en ambos grupos (7 en el grupo de orientación a la bebida controlada y otros 7 en el grupo orientado a la abstinencia).

5.2.- MATERIAL UTILIZADO

El tratamiento se llevó a cabo en el Dispensario Antialcohólico de Madrid.

La primera consulta de los primeros pacientes se realizó en Febrero de 1979, y se admitieron pacientes nuevos hasta Julio de ese mismo año.

Además del material para la historia clínica, y las hojas de registro de conducta, se empleó un aparato para medir la alcoholemia. Durante el primer año se utilizó un alcotest sencillo (Drager-test) - consistente en un pequeño tubo conteniendo Micromato potásico y una bolsa de plástico inflable. El sujeto tenía que soplar en la bolsa que previamente se había unido al tubo.

Si el sujeto tenía alguna cantidad de alcohol en aliento, el micromato se teñía de color verde. - Una línea marcaba la división entre la alcoholemia inferior y superior al 0.08. Posteriormente se adquirió un alcoholímetro de la marca Lion que daba una información más exacta y en sistema digital del nivel de alcoholemia del sujeto.

5.3.- DISEÑO

Se utilizó un diseño de línea-base múltiple con varios sujetos. (la línea-base y el programa individualizado de cada sujeto se detalla en las tablas.), en el grupo conductual.

Las principales variables dependientes fueron: La frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, la frecuencia de las pérdidas de control y los trastornos físicos, psíquicos y socio-familiares y laborales debido al consumo excesivo de alcohol.

La cantidad de consumo de alcohol se estimó según los criterios señalados por Santo Domingo (1970): se parte de una equivalencia de grados de alcohol en volumen correspondientes al 5% para la cerveza, 10% para el vino y 50% para el licor en general. La unidad de medida para el licor se ha fijado en la copa, suponiendo un volumen de 25 c.c. para la misma.

Se define una pérdida de control como la incapacidad que tiene el sujeto de parar de beber una vez que ha comenzado.

5.4.- PROCEDIMIENTO

Los sujetos fueron seleccionados de los pacientes que acudieron al Dispensario Antialcohólico para recibir tratamiento.

La adscripción de los sujetos al tratamiento conductual se hizo de forma aleatoria. Igualmente se hizo en la adscripción de los sujetos a los diferentes terapeutas, sin más limitaciones que las de compaginar con los días que cada terapeuta tenía consulta en el dispensario. Las consultas se realizaron siempre por la tarde. Personalmente realicé el tratamiento al 57% de los sujetos y otro psicólogo del Dispensario el 43% restante.

5.4.1.- Tratamiento conductual.

Cuando el sujeto llegaba a la consulta, un médico-psiquiatra le hacía una entrevista recogiendo los datos de una historia clínica standard. El psicólogo que iba a tratar al paciente, estaba en la primera entrevista de observador. Al finalizar la sesión el terapeuta proporcionaba al paciente y familiar más cercano, hojas de registro de la conducta de beber (ver apéndices). La consigna que el sujeto recibía era de permanecer abstinente hasta la próxima consulta, pero pidiendo que si se consumía alguna cantidad de alcohol lo anotaran en las hojas de -

registro que se les había proporcionado.

En la segunda entrevista se realizaba un es tudio de la capacidad intelectual y posible deterio ro psico-orgánico (prueba WAIS) del sujeto. Las - pruebas las realizaba un psicólogo diferente a los terapeutas que iban a realizar el tratamiento.

A todos los sujetos se les mandó hacerse un - análisis clínico que valorara su función hepática y su nivel de salud en general.

Con los datos obtenidos durante las dos prime ras entrevistas, se realió una sesión conjunta entre el Director del Centro (Dr. Santo Domingo), el médi- co-psiquiatra entrevistador y las dos terapeutas-psi cólogos para decidir si al sujeto se le orientaba ha cia la bebida controlada o a la abstinencia. Los da- tos que se tuvieron en cuenta para esta decisión fue- ron principalmente:

- . La salud del paciente.
- . Los deseos del propio paciente de apren der a beber de forma controlada o su -- deseo de dejar de beber totalmente.

La decisión de no hacer una asignación aleato- ria para adscribir a los sujetos de bebida controla- da y abstinencia se basó en criterios fundamentalmen te éticos que cualquier terapeuta que trabaje con pa cientes alcohólicos tiene en cuenta. Igual criterio ético se consideró cuando se pidió a los sujetos abs- tinencia en la primera entrevista.

Para prevenir la tendencia a ocultar los episodios de bebida que de forma sistemática suelen presentar los sujetos con problemas de alcohol, se les explicó la necesidad e importancia de anotar cualquier consumo de alcohol y de esta forma poder conocer su manera peculiar de beber y poder realizar el tratamiento de acuerdo con sus propias características.

Todos los sujetos fueron reforzados con atención y alabanzas por el terapeuta si traían las hojas de registro. Se evitó castigar los episodios de bebida descontrolada eliminando cualquier atención a ella y reforzando la abstinencia y la bebida controlada.

Todos los sujetos recibieron la medicación para prevenir el síndrome de abstinencia (complejo vitamínico- psicofármacos).

Durante el tratamiento y de una forma aleatoria se tomaron pruebas de aliento a los sujetos al venir a la sesión para medir su nivel de alcohol en sangre. Estas pruebas tenían dos finalidades: verificar la fiabilidad de las informaciones verbales de los sujetos sobre su consumo de alcohol y realizar la sesión en las condiciones adecuadas. (Si un sujeto tenía un nivel de alcoholemia igual o superior a 0.08, no se realizaba la sesión. Prácticamente nunca se dió esta circunstancia).

5.4.1.1. GRUPO DE BEBIDA CONTROLADA

Los sujetos asignados a este grupo de tratamiento recibieron unas instrucciones sobre los requisitos que deberían cumplir para poder controlar su bebida. Los requisitos fueron los siguientes:

- . Beber sólo días alternos.
- . Beber un máximo de 3 días en semana
- . Comenzar a beber por la tarde
- . Beber como máximo al día el equivalente a dos copas de licor.
- . Beber bebidas de poca graduación.
- . Las bebidas con alta graduación, beberlas combinadas.
- . Seguir unas pautas en la conducta de beber:
 - beber despacio
 - beber a sorbos pequeños
 - dejar apoyado el vaso cada vez que se toma un trago.
 - no apurar la bebida hasta el final del vaso.
 - no beber solo
 - no beber con amigos con los que habitualmente se perdía el control.
- . Venir a la consulta sin haber bebido.
- . Registrar cualquier episodio de bebida en las hojas de registro y traerlas a la sesión.

- . El familiar tenía que registrar cualquier episodio de bebida, eliminando cualquier atención (riñas, etc.) a los episodios de bebida descontrolada.

Además de todas las instrucciones cada sujeto recibió un tratamiento conductual individualizado de amplio espectro, realizado en función de los datos - obtenidos de las hojas de registro y de la información suplementaria en las entrevistas.

5.4.1.2. GRUPO DE ABSTINENCIA

A los sujetos asignados a este grupo de tratamiento se les pidió que se abstuvieran de consumir - cualquier clase de bebidas alcohólicas. Para conseguirlo en un principio, se les proporcionó Carbamida Cálcica (Colme) en forma de gotas que deberían tomar dos veces al día: desayuno y almuerzo. Cualquier episodio de bebida debía anotarse en las hojas de registro suministradas y que deberían traer cada semana a la sesión.

El familiar recibía instrucciones de registrar los episodios de bebida ocurridos entre sesiones. Se les pedía que eliminaran cualquier tipo de atención (riñas, etc.) a estos episodios de bebida, incluso - aunque fueran con pérdida de control.

Cada paciente fue estudiado de forma individualizada con su análisis funcional para diseñar el tra

tamiento adecuado a sus características de bebida y a su forma de perder el control.

En ambos grupos, los problemas de ansiedad especialmente a estímulos sociales, la falta de asertividad, la falta de recursos para emplear el tiempo libre una auto-estima muy deficiente y el rechazo familiar y social de los sujetos, y el propio déficit de control con la sustancia, exigieron un gran número de técnicas de tratamiento.

Se realizó entrenamiento en técnicas de relajación - desensibilización sistemática e incluso inundación para el tratamiento de la ansiedad.

Entrenamiento en habilidades sociales, utilizando video-tape y role-playing.

Se enseñó a rechazar invitaciones a beber mediante ensayos conductuales en la consulta.

Extinción de atención a los episodios de bebida descontrolada.

Empleo de refuerzo social del terapeuta y familiares a cualquier logro y posteriormente técnicas de auto-refuerzo, eliminación del auto-castigo. Diversas técnicas de auto-control ante situaciones aversivas: demorar refuerzos, emplear relajación, etc.

Incremento de actividades de ocio: cine, visitas a galerías de arte, deporte, yoga, baile, etc.

El número de sesiones de tratamiento fué similar en ambos grupos. El promedio de sesiones en el grupo de bebida controlada fué de 11 (con un rango de 2 a 34 sesiones) y el promedio de sesiones en el grupo de abstinencia fué de 11,5 (con un rango de 1 a 39 sesiones).

La duración del tratamiento en meses tuvo un promedio de 3,85 meses en el grupo de bebida controlada y 4,31 en el grupo de abstinencia. El rango oscilaba desde los 15 días en ambos grupos hasta 9 meses en el grupo de la bebida controlada y 12 meses en el grupo de abstinencia.

Para mantener a los sujetos en el tratamiento se utilizó tanto las llamadas telefónicas como el - envío de cartas, ya que ambos medios se ha visto -- que incrementan la continuidad del tratamiento - - (Tarleton, 1967, Konnan, Muller y Miller, 1965, -- Catanzaro, 1970). El promedio de llamadas telefónicas fué superior en el grupo de bebida controlada - $\bar{X} = 4,6$ (rango desde ninguna a 10 llamadas) que en el grupo de abstinencia $\bar{X} = 2,44$ (rango desde ninguna a 8 llamadas). El promedio de cartas fué de 1,9 en el grupo de bebida controlada (rango desde ninguna a 4 cartas) y de 1,61 en el grupo de abstinencia (rango desde ninguna a 4 cartas).

A todos los sujetos que en los seguimientos no estaban recuperados se les dió la posibilidad de nuevas sesiones de tratamiento.

Una vez finalizado el tratamiento, se realizaron en ambos grupos tres seguimientos: al año, a los 18 meses y a los dos años.

331

PROCEDIMIENTO SEGUIDO EN LAS SESIONES CONDUCTUALES

PRESENTACION DE UN CASO COMO EJEMPLO

Caso P.F.

Mujer de 40 años casada, dos hijos, maestra,
de profesión sus labores.

Acude a la consulta aconsejada por el presidente de la A.E.E. (Asociación de Exalcohólicos Españoles) - porque piensa que además del problema del alcoholismo tiene también problemas matrimoniales que resolver.

Pertenece a A.E.E. desde hace tres años. Se considera alcohólica.

Ha ido unas veces bien y otras mal por "apoyarme en una base falsa". Se apoyó en su marido para que le diera las gotas de Colme y en cuanto ella bebe algo y tiene una recaída, él se desanima y ya no se interesa. Desde hace unos meses decidió resolver el problema ella misma. El marido desconfiaba y la vigilaba.

Hace unos 15 días el marido sospechó que había bebido y la empezó a vigilar y provocar pidiéndole vino para emborracharse. La relación matrimonial actual es pésima. Tienen discusiones fuertes casi diariamente. Uno de los días el marido comenzó a romper las botellas y parte del mobiliario.

Se encuentra triste, con ganas de llorar y algo nerviosa.

Hace 10 años comenzó a beber por las mañanas en la casa porque se aburría y se sentía sola (los niños ya iban al colegio). Comenzó a tomar vino a media mañana y luego por la tarde. Llegaba a beber dos litros de vino al día. Así estuvo al menos durante tres años.

Por las mañanas se sentía mal, teniendo un síndrome de abstinencia. Se proponía dejar de beber pero no lo conseguía.

Ha llegado a estar ingresada en el Hospital - Psiquiátrico Alonso Vega por los problemas con el alcohol.

Ha sido tratada en la A.E.E. llegando a estar 7 meses sin beber, posteriormente ha alternado periodos de bebida y abstinencia relacionados con las discusiones familiares. Muchas veces dice beber para -- fastidiar al marido pues eso es lo que más le "duele".

Cuando toma alcohol se atreve a enfrentarse al marido al que tiene miedo y no se atreve a decirle - sus deseos o contrariarle.

Niega beber en este momento y dice tomar 30 gotas de Colme al día.

Siempre bebe sola y a escondidas.

Información suministrada por el marido: en el momento actual se siente muy cansado del problema y cree - que nunca va a poder solucionarse. Sospecha que ella está bebiendo porque está más nerviosa y le insulta. Situación que no ocurre cuando no bebe.

La situación en casa es muy difícil, hostil. Se siente muy angustiado y busca botellas por la casa "que siempre encuentro". Piensa que si sigue así va a tener que ingresarla otra vez.

Se aconseja seguir con las 30 gotas de Colme y tomar un tranquilizante. Se les proporciona hojas de registro de bebida para anotar cualquier episodio que ocurra, insistiendo en que lo lleven a pesar de que - - ella niega que bebe, y el marido dice que no puede - saberlo porque ella siempre esconde las botellas.

TRATAMIENTOSegunda y tercera entrevista
=====

Sesiones realizadas con la pareja conjunta: observación de pautas de comunicación entre ellos, donde predominan quejas, responsabilización mutua de la situación en la que se encuentran. Agresión verbal mutua. No contacto ocular.

Las hojas de registro sobre episodios de bebida, vienen en blanco.

Cuarta entrevista
=====- Sesión individual Ella:

Análisis de situaciones que le producen malestar y le llevan a beber: no expresión de deseos, quejas y oposición al marido si no bebe, entonces lo hace de forma agresiva. Planteamiento de un entrenamiento asertivo : se encuentra una relación entre ansiedad y temor al marido y una inhibición de las respuestas asertivas. Se decide comenzar relajación.

- Sesión individual con el marido:

Intento de reconceptualización del alcoholismo desde una perspectiva de aprendizaje para facilitar una extinción de atención posterior. Dadas sus creencias so

bre el alcoholismo, se produce una gran confusión y desconfianza en el tratamiento. No obstante, se dan instrucciones concretas de no vigilar ni buscar botellas.

Quinta entrevista

Traen hojas de registro en blanco. Informan de un descenso en las discusiones.

Sesión individualizada:Ella:

Grabación de ejercicios de relajación para practicar en casa.

Sesión conjunta:

Reconceptualización del concepto de alcoholismo en términos de aprendizaje.

Instrucciones para casa: práctica de relajación.
no vigilancia
hojas de registro.

Sexta entrevista

Un sólo episodio de discusión. Hojas de registro en blanco.

Sesión individualizada:Ella

Se sigue el entrenamiento en relajación. Comienzo de

entrenamiento asertivo: role-playing y ensayos de conducta.

Sesión individualizada: marido

Aunque no ha vigilado se siente tenso y cree que el enfoque del tratamiento es equivocado. Todo es opuesto a lo que le dicen en A.E.E. Planteamiento de la necesidad de realizar una Desensibilización a estímulos relacionados con la bebida.

•

Instrucciones para casa: igual que en la sesión anterior.

Séptima entrevista

Ninguna discusión. Hojas de registro en blanco.

Sesión individual: Ella

Se sigue entrenamiento asertivo y relajación.

Sesión individual: marido

Comienzo entrenamiento en relajación.

Sesión conjunta

Explicación de los principios de conducta. Instrucciones similares a las anteriores sesiones para hacer durante la semana.

Octava entrevista

Hojas de registro en blanco. Discusión muy importante con agresión física y escándalo en el vecindario.

Ella niega beber. El dice que nunca ha dejado de beber. No se da atención a la bebida.

Sesión conjunta:

Práctica de comunicación positiva: expresión escrita de cosas positivas del conyuge .

Se decide para la próxima sesión realizar una grabación en video-tape de su comunicación.

Instrucciones similares a las anteriores semanas.

Novena entrevista

Hojas de registro en blanco. No discusiones importantes.

Sesión conjunta:

Registro en video-tape de su relación interpersonal.

Análisis de su conducta con sonido y sin sonido.

Situación de una gran ansiedad por parte de ella ante su expresión débil y temerosa frente al marido.

Décima entrevista

Hojas de registro en blanco. Discusiones discretas, ella se ha atrevido a decir sus opiniones a pesar - de la oposición del marido. No se ha dejado echar la culpa de todas las cosas que estaban sin resolver. Dice sentirse mejor de ánimo.

Sesión conjunta:

Explicación a ambos de la necesidad de expresar los - sentimientos tanto positivos como negativos para una mejoría de la comunicación y el bienestar de los dos. Ensayos de comunicación positiva escrita.

11ª entrevista

Hojas de registro en blanco. Pocas discusiones.

Sesión individual: Ella

Comienza a explorarse auto-estima en términos de frecuencia de auto-evaluaciones positivas y negativas. Se pide registre estas auto-evaluaciones durante la - semana.

Sesión individual: marido:

Se inicia una Desensibilización Sistemática a la conducta de beber de su mujer.

Sesión conjunta:

Explicación de principios de conducta.

Se insiste en la necesidad de que practiquen en casa: relajación, eliminar conversaciones relacionadas con el alcohol y no vigilar ni mirar en armarios buscando botellas.

12ª entrevista

Hojas de registro en blanco. No discusiones.

Sesión individual: Ella

No ha registrado ninguna auto-evaluación positiva. Todo son auto-críticas. Se centra la sesión en la necesidad de la propia auto-estima. Instrucciones concretas de practicarlo en casa. Refuerzo del terapeuta por venir al tratamiento.

Sesión individual: marido

Sesión de desensibilización a la bebida de la mujer. Insistencia en la importancia de hacer una extinción de atención a la bebida.

Sesión conjunta:

Explicación principios de conducta. Iguales instrucciones.

341

13ª entrevista

Mejoría importante en la relación.

Sesión individualizada: Ella

Dice que lleva dos semanas sin beber pero que antes bebía alrededor de 3/4 - 1 litro de vino al día. - No se siente despreciable por haber bebido pero si - más tranquila y a gusto consigo misma si no bebe.

Sesión individual: marido

Sesión de desensibilización a la bebida.

Sesión conjunta:

Práctica de comunicación positiva entre ellos.

14ª entrevista

Buena relación entre ellos. No episodios de bebida. Ella está más asertiva pero menos agresiva. El más solícito.

Sesión individual: Ella

Refuerzo a su auto-evaluación positiva y sus auto-refuerzos (descanso, lectura, caprichos, etc.).

Sesión individual: marido

Dice que durante este tiempo aunque verbalmente no le decía nada, como creía que estaba bebiendo la castigaba no teniendo relaciones sexuales. Se sigue con la desensibilización a la bebida.

Sesión conjunta:

Práctica en comunicación positiva entre ellos.

15ª - 16ª y 17ª entrevista

Sesiones similares a las anteriores con afianzamiento de los resultados.

Se plantea realizar una serie de sesiones de control semanal y luego distanciarlos.

Durante 3 meses se hace un control semanal (en total se hicieron 32 sesiones) reforzando sus éxitos. Se -- planifica control mensual para después de vacaciones.

A los 16 meses aparecen episodios de discusión que exigen 5 sesiones de tratamiento. Durante este período hay una bebida controlada, pero oculta, de 1/2 litro de vino no diario durante cinco meses. A partir de ahí abstinencia total por decisión de ella aunque se le propuso bebida controlada.

Durante las sesiones también se dió una serie de alternativas de ocio.

Actualmente además de estar sobria, alegre, sin discusiones, con buena relación familiar y sexual, ha - hecho algunos cursillos, ha iniciado clases de yoga, ha salido al cine con más frecuencia y el marido no sabe cómo este tratamiento ha funcionado porque en un principio creía él que lo que hacía el terapeuta era facilitar que su mujer bebiera aún más.

6.- RESULTADOS

6.1. Análisis principales

6.1.1. Análisis global: eficacia del
tratamiento conductual.

6.1.2. Análisis comparativo de los sujetos
orientados hacia la bebida controla
da y la abstinencia.

6.1. ANALISIS PRINCIPALES

6.1.1. ANALISIS GLOBAL: EFICACIA DEL TRATAMIENTO CONDUCTUAL

Aunque la investigación y la literatura sobre alcoholismo no ha elaborado una definición única y precisa sobre cuando un sujeto es alcohólico, generalmente se considera como tal a aquel individuo que consume alcohol de una forma excesiva (100-150 c.c. de alcohol absoluto diario o más) y tiene una serie de complicaciones debidas a ese consumo excesivo. Sin embargo, no existe un punto específico bien cualitativo o cuantitativo a partir del cual aparece el alcoholismo. En vista de estos problemas de definición se presentarán los resultados en un número diverso de criterios que permitan una evaluación múltiple - de la remisión del problema.

Los criterios que se emplearán son: la frecuencia y pautas de consumo (clase de bebida, pérdidas de control, cantidad de consumo) y las diferentes alteraciones físicas y psicológicas debidas al consumo de alcohol, además de varios indicadores de ajuste social.

Para analizar los resultados se han rechazado a aquellos sujetos que sólo acudieron 1 o 2 veces a consulta ya que no pueden considerarse influenciados

por el tratamiento. Este grupo de sujetos ($n = 4$) representa el 14,5% del grupo total. Interesa destacar que tres de ellos (11%) fueron vistos inmediatamente antes de las vacaciones de verano y el otro sujeto - era un politoxicómano que además de alcohol tomaba - otras sustancias. Por otra parte, en el seguimiento realizado a los dos años del tratamiento, desconocía mos datos del 21% de la muestra y habíamos contacta- do con el 79% restante.

No se encontraron diferencias significativas - entre las dos psicólogos que actuaron como terapeutas en cuanto al número de sujetos recuperados y no recu- perados ni en relación a ninguna de las característi- cas analizadas.

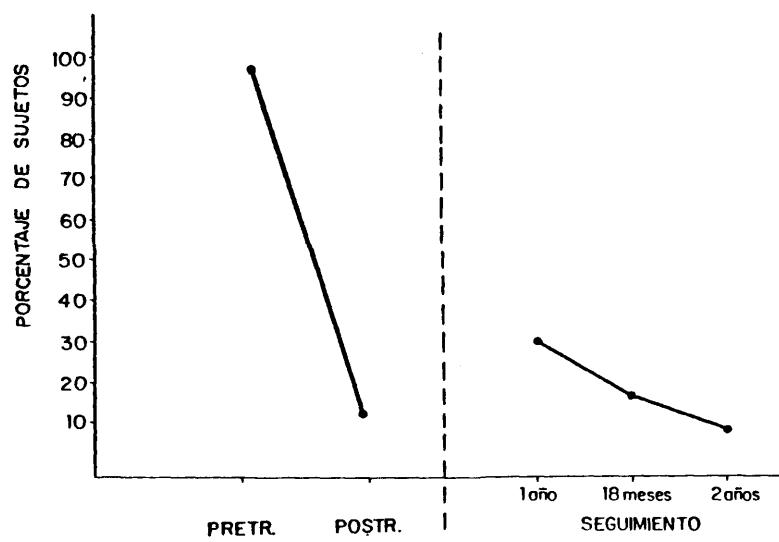
- Consumo de alcohol

Ya que el alcoholismo comienza con un consumo excesivo de alcohol, nos parece lógico resaltar en primer lugar los cambios en el consumo de alcohol co mo un componente de recuperación.

a) Cambios en el consumo diario de bebidas alcohólicas

Los cambios en el consumo diario desde el pre- tratamiento al post-tratamiento y los diferentes mo- mentos del seguimiento (1 año, 18 meses y 2 años), se muestran en la tabla 3 .

No cabe duda de que el cambio es muy notable ya que de un porcentaje del 96% antes de iniciar el tra- tamiento, se desciende a un 12,5% en el posttratamien- to. En el seguimiento de 1 año, el consumo diario se

CAMBIOS EN EL CONSUMO

había incrementado a un 30% y posteriormente -
 fué - - descendiendo en los seguimientos suce-
 sivos. A los 18 meses bebían diariamente el 18% de
 los sujetos y a los 2 años sólo el 9% de los mismos.

TABLA 3

Cambios en el consumo diario de bebidas alcohólicas

PRETRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO	S E G U I M I E N T O					
		1 año		18 meses		2 años	
<u>N</u> <u>%</u>	<u>N</u> <u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
23 96	3 12,5	7	30	4	18	2	9

b) Tipos de bebida alcohólica

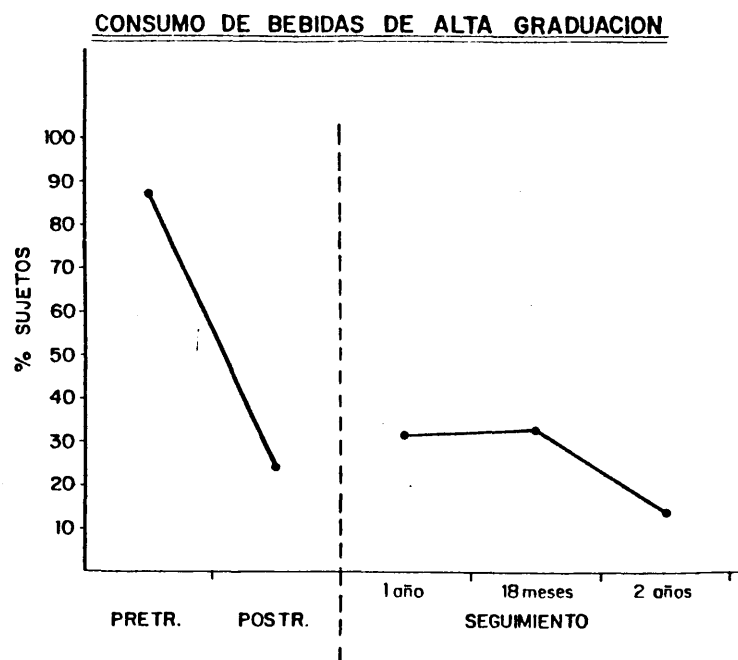
La mayoría de los sujetos(85,5%) consumían be-
 bidas de alta graduación alcohólica (licores) antes
 de comenzar el tratamiento y ninguno bebía sólo cer-
 veza. Los cambios después del tratamiento son muy no-
 tables, descendiendo el grupo de sujetos con consumo
 de licores a un 25%. Un discreto incremento aparecía
 en el seguimiento de 1 año, el 30% de los sujetos --
 consumía licor, se mantenía prácticamente igual en -
 el seguimiento de los 18 meses y descendía a los 2
 años a un 13,5%.

Tabla 4

Cambios en el tipo de bebida alcohólica consumida

	PRETRAT.		POSTRAT.		SEGUIMIENTO					
					1 año		18 meses		2 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cerveza	-	-	4	17	2	9	3	13,5	2	9
vino	2	8,5	2	8,5	1	4,5	3	13,5	4	18
cerveza y vino	2	8,5	1	4,2	2	9	-	-	2	9
licor	3	12,5	2	8,5	-	-	3	13,5	2	9
cerveza y/o vino-licor	18	75	2	8,8	7	30,5	4	18,5	1	4,5

El consumo de bebidas de menor graduación alcohólica (cerveza y vino) se incrementó progresivamente. Desde un 17,5% antes de comenzar el tratamiento a un 30% después del mismo. Un discreto descenso se observó en el seguimiento, de 1 año (22,5%) y volvió a incrementarse a los 18 meses (26,5%) y dos años (36%).



c) Consumo medio de alcohol absoluto diario

No solo se modificaron la frecuencia y tipo de bebida alcohólica consumida, sino también la cantidad de alcohol absoluto consumido en un día "típico".

El consumo promedio de un día "típico" antes de comenzar el tratamiento era de 293,5 c.c. de alcohol absoluto, mientras que al finalizar el mismo la media descendió a 21,45 c.c. Como en las demás medidas, se incrementa este promedio en el seguimiento de 1 año, $\bar{X} = 44,34$ y desciende a los 18 meses $\bar{X} = 30,45$ y a los 2 años $\bar{X} = 25,68$. Tomando los 100 c.c. de alcohol absoluto como un punto de división entre alto y bajo consumo, como se ha hecho muchas veces en la literatura de alcoholismo, observamos en la tabla 5 que antes del tratamiento todos los sujetos superaban esta cantidad, en tanto que después del tratamiento muy pocos sujetos la superan: un 8,5% en el postratamiento, un 22% al año de seguimiento y un 9% en los seguimientos posteriores. Todos los detalles de la cantidad de consumo se especifican en la tabla 5.

En la misma tabla se observa que el 41% de los sujetos mantenían una pauta de abstinencia y un 46% una pauta de bebida moderada al terminar el tratamiento. En el seguimiento de 1 año el nivel de abstinencia permanecía prácticamente similar (43,5%), pero había descendido el porcentaje de sujetos con bebida modera-

da a un 34,5%. En el seguimiento de 18 meses, un 32% mantenía la abstinencia y se había incrementado el número de sujetos que bebían de forma moderada a un 48%. A los dos años se había elevado ligeramente el grupo de abstinencia (36,5%) y había descendido también discretamente el grupo de bebida moderada a un 41%.

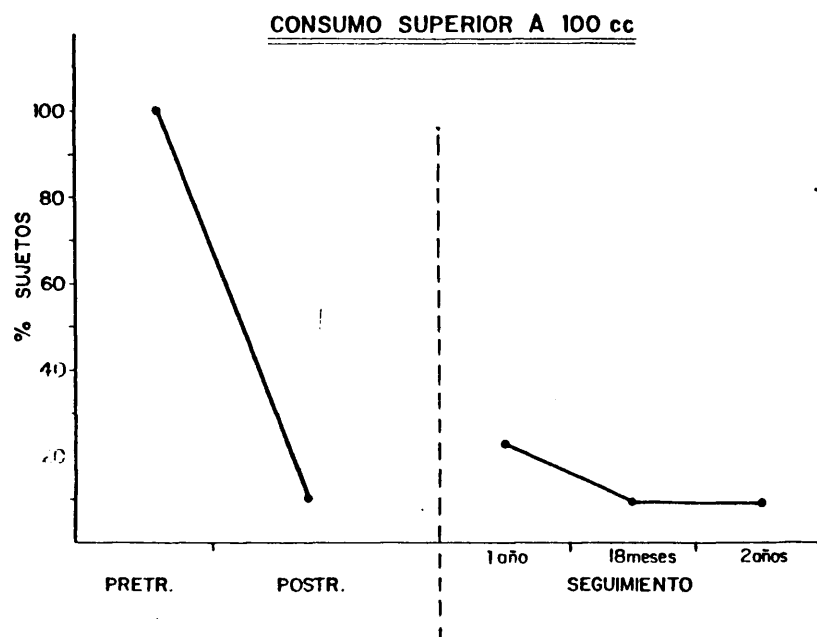
Estas fluctuaciones ponen de manifiesto una de las características más frecuentes en el tratamiento de los alcohólicos y es el hecho de cambiar muchas veces su nivel y forma de consumo.

En nuestro caso nos parece interesante destacar que aunque no todos los sujetos tenían una orientación dirigida a la bebida controlada, si se les dió a todos los sujetos una explicación de las pérdidas de control en función de variables psicológicas y no tanto de las características químicas de la sustancia lo que nos parece facilitó que se pudiera consumir alcohol sin que se viera como recaída y por tanto se logró una bebida moderada. (Para más información sobre este problema, ver estudios sobre el fenómeno de la pérdida de control en la parte teórica).

TABLA 5

Cambios en la cantidad de alcohol absoluto en c.c.
consumidos en un día "típico".

c.c. de alcohol	PRETRAT.		POSTRAT.		S E G U I M I E N T O					
					1 año		18 meses		2 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	-	-	10	41,5	10	45	7	32	8	34
10- 24	-	-	3	11,5	1	4,5	2	9	3	13,5
25- 49	-	-	6	25	2	9	3	13,5	4	17,5
50- 74	-	-	2	8	3	13,5	5	22	3	13,5
75- 99	-	-	-	-	2	9	1	4,5	-	-
100-149	2	8	2	8	2	9	1	4,5	1	4,5
150-249	4	16	-	-	2	9	1	4,5	1	4,5
250-349	9	37,5	-	-	1	4,5	-	-	-	-
350-449	6	25	-	-	-	-	-	-	-	-
450-500	3	11,5	-	-	-	-	-	-	-	-
$\bar{X} =$	293,5		21,45		44,34		30,45		25,68	
$\sigma_x =$	121,1		29,59		68,3		62,44		60,1	
	N = 24				N=23				N = 22	



d) Pérdidas de control

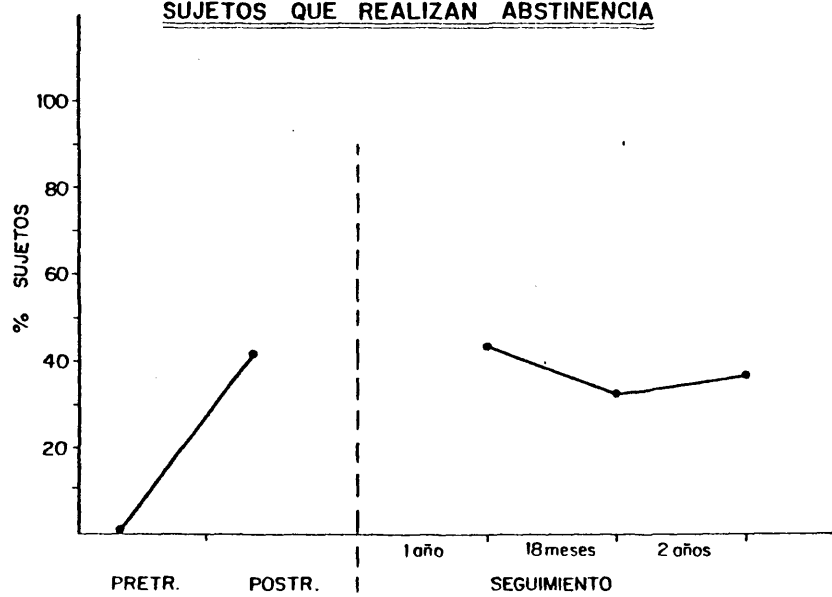
La frecuencia con la que los alcohólicos pierden el control cuando beben es un índice importante para valorar la eficacia de un tratamiento.

Al recogerse esta información antes de comenzar el tratamiento, había un grupo de sujetos que se embriagaban todos los días (12,5%), otros, 2 ó 3 veces en semana e incluso había semanas que diariamente (37,5%); una vez en semana (generalmente el sábado) se embriagaba el 29% de los sujetos. Sin pérdidas de control había únicamente un 12,5%. Después del tratamiento no había ningún sujeto que perdiera el control todos los días y el 83,5% no perdía el control nunca. En el seguimiento al año, tampoco había ningún sujeto con descontrol diario, aunque sí había un 4% que se descontrolaba una vez en semana, en tanto que el 65% persistía sin embriagueces. A los 18 meses, sólo un 13,5% perdía alguna vez el control, embriagándose con una frecuencia menor que una vez en semana, en tanto que a los dos años, un 18% tenía alguna pérdida de control o embriaguez y el 72% restante no perdía nunca el control. Ver tabla 6.

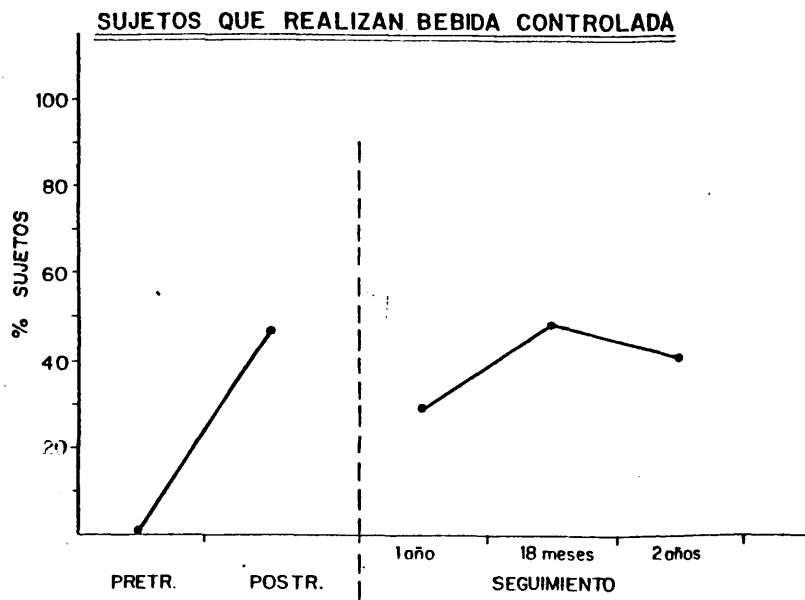
TABLA 6

Pérdidas de control	PRETRAT.		POSTRAT.		S E G U I M I E N T O					
					1 año		18 meses		2 año	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diaria	3	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-
2-3 semana	9	37,5	-	-	-	-	-	-	-	-
1 semana	7	29	-	-	1	4,5	-	-	1	4,
1 en 15 días	1	4	1	4	3	13	1	4,5	1	4,
1 en 1 mes	1	4	1	4	3	13	2	9	2	9
1 en 4-5 meses	-	-	2	8	-	-	-	-	-	-
1 en 6 meses	-	-	-	-	1	4,5	-	-	-	-
No pérdidas de control.	3	12,5	20	83,5	15	65	18	81	16	72

Cambios en la frecuencia de las pérdidas de control

SUJETOS QUE REALIZAN ABSTINENCIA

358



- Trastornos debidos al consumo de alcohol

Como ya se ha dicho antes, el alcoholismo raramente se define por la cantidad de consumo únicamente, sino también por una serie de trastornos que reflejan las alteraciones debidas al uso de alcohol.

a) Trastornos físicos

Un trastorno físico de especial interés es la existencia de temblores y pituitas matutinas ya que se considera como un síntoma claro del síndrome de abstinencia. Este trastorno estaba presente antes del tratamiento en el 83,5% del grupo total, habiendo descendido dramáticamente después del tratamiento hasta un 8%. En el seguimiento muy pocos sujetos presentaban trastornos indicativos del síndrome de abstinencia. Sólo un 13% tenía temblores en el seguimiento realizado al año, un 9% en el de 18 meses y un 5% en el seguimiento de 2 años. En el seguimiento de 18 meses se logró ingresar a una mujer en un Hospital General por una Cirrosis Hepática, aunque ya se había intentado el ingreso en un sin número de ocasiones.

En el seguimiento de dos años habían muerto 2 varones. Un varón de 57 años, que ya en el inicio del tratamiento estaba dado de baja por una Bronquitis crónica que luego fué un carcinoma de pulmón. Desde el punto de vista de la dependencia alcohólica había mejorado enormemente y aunque se le había orientado -

hacia la abstinencia, tuvo una época de bebida moderada hacia el año de seguimiento. Posteriormente hizo abstinencia y llevaba unos 10 meses sin beber. Durante un tiempo estuvo ingresado por su carcinoma en un Hospital, pero ya sin posible remedio.

El otro paciente era también varón de 24 años, soltero y estudiante universitario, con ingresos anteriores en instituciones psiquiátricas, que fué visto en sesiones muy continuadas y logró por períodos cortos de tiempo descender algo el consumo de alcohol. Hemofílico, la familia no quiso hacerle la autopsia, no quedando claro las causas de su muerte aunque todo parece indicar que fué un suicidio. Dado el cuidado e interés del terapeuta, la familia envió una carta - para avisar de la muerte y agradecer todos los esfuerzos que se habían hecho para ayudar al enfermo.

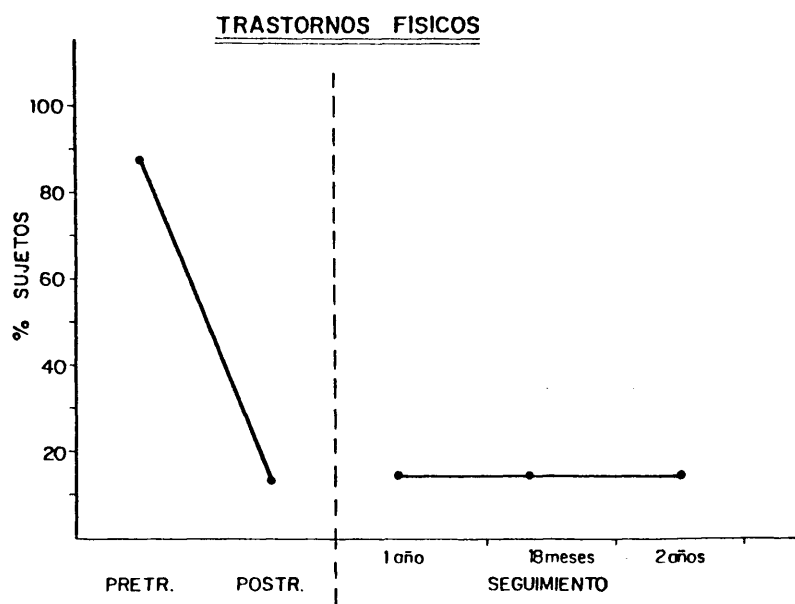
A ambos pacientes, se les había incluido en el - grupo de abstinencia.

Los cambios producidos en el tipo de complicaciones a lo largo del tratamiento y seguimiento pueden verse reflejados en la tabla 7.

TABLA 7

Trastornos Físicos	PRETRAT.		POSTRAT.		S E G U I M I E N T O					
					1 año		18 meses		2 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Temblor, Pituitas	20	83,5	2	8	3	13	2	9	1	4,6
Síndromes Neuríticos	6	25	-	-	-	-	1	4,6	1	4,6
Síndromes gástricos y ulcerosos	1	4	1	4	1	4,5	1	4,6	1	4,6
Insuficiencia hepática	3	12,5	1	4	1	4,5	1	4,6	1	4,6
Senilidad precoz	2	8	1	4	1	4,5	1	4,6	1	4,6
Muerte	-	-	-	-	-	-	-	-	2	9
Nº total de sujetos con complicaciones	21	87	3	12,5	4	18	4	14	3	14

Cambios en las complicaciones de tipo físico

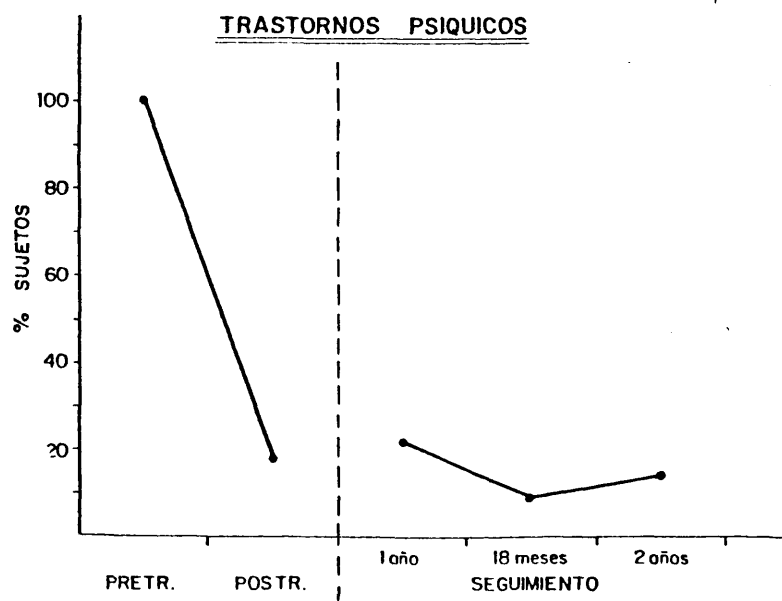


b) Trastornos de tipo psíquico

Los trastornos de caracter, tales como irritabilidad, explosividad, distimias y depresión, muy frecuentes en los alcohólicos, los padecían el 75% de los sujetos antes de comenzar el tratamiento y descendieron a un 17% después del tratamiento. Ligeramente superior fué el porcentaje encontrado en el seguimiento del año (22%) y vuelve a descender en los seguimientos posteriores, 9% y 14% respectivamente.

TABLA 8

	PRETRAT.		POSTRAT.		SEGUIMIENTO					
					1 año		18 meses		2 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Embriagueces patológicas	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Trastornos caracterológicos	18	75	4	17	5	22	2	9	3	14
Neurastenia alcohólica	6	25	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados demenciales	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Nº total de sujetos con complicaciones	24	100	4	17	5	22	2	9	3	14



- Trastornos en el ámbito social

Muchos alcohólicos sufren una serie de dificultades sociales especialmente en el trabajo y la familia. Se sabe que los alcohólicos se separan o están en paro en mayor proporción que la población general. Aunque no está claro si estas dificultades sociales preceden a la conducta alcohólica o son consecuencia de ella, la mayoría de los programas de tratamiento proporcionan consejo matrimonial e incluso rehabilitación laboral.

Los cambios ocurridos en la estabilidad familiar y laboral se muestran en detalle en la tabla . Las peleas y riñas por la bebida que producían el desajuste familiar se redujeron de forma considerable - (de 62% a un 4% en el seguimiento). Es de destacar - que una parte integrante del tratamiento y que se explicaba ya en la primera consulta, era la eliminación de todo tipo de conflictos y riñas por el consumo de alcohol (ver el apartado de procedimiento).

De los dos varones separados, uno de ellos volvió a vivir con la mujer y el otro con su familia - - primaria. De las dos mujeres separadas, una sólo acudió al tratamiento a 3 sesiones durante un mes. En el seguimiento de 1 año, se contactó con ella telefónicamente y su información fué positiva. No obstante, pidió que no se la volviera a llamar por desear olvidar todo lo relacionado con el alcohol. La otra mujer separada necesitó ingreso en un hospital por una cirro

sis hepática y posteriormente siguió bebiendo.

El porcentaje de sujetos con complicaciones en el ámbito laboral, antes de comenzar el tratamiento (21%) nos indica que nuestros sujetos no pertenecen al grupo de población vagabundos y sin trabajo - (los "skid-row" anglosajones). De todas formas, las complicaciones laborales descendieron a un 8,5% en el postratamiento y se mantuvo en los seguimientos. Es necesario analizar qué ocurrió con los sujetos en paro. De los 5 en paro (21%), 2 (8%) lograron trabajar y mejoraron totalmente en las demás áreas, 2 (8%) se perdieron en la primera o segunda consulta y el otro sujeto en paro, casi no mejoró, excepto en una época en que estuvo trabajando en otra ciudad. Posteriormente fué al paro y volvió a beber de forma cuantiosa.

Muy pocos sujetos habían cometido algún delito antes de comenzar el tratamiento, pero ninguno de -- ellos tuvo problemas con la justicia o fué encarcelado durante el tratamiento y en los seguimientos.

TABLA 9

	PRETRAT.	POSTRAT.	S E G U I M I E N T O					
			1 año		18 meses		2 años	
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
Desajuste familiar	15 62	1 4	3 13	4 18	2 9			
Separación	4 17	3 13	2 8,5	2 9	2 9			
Disgregación	1 4	1 4	1 4,5	1 4,5	1 4,5			
Nº total de sujetos con complicaciones	20 83	5 21	5 22	6 27	4 18			

Cambio en las complicaciones de tipo familiar

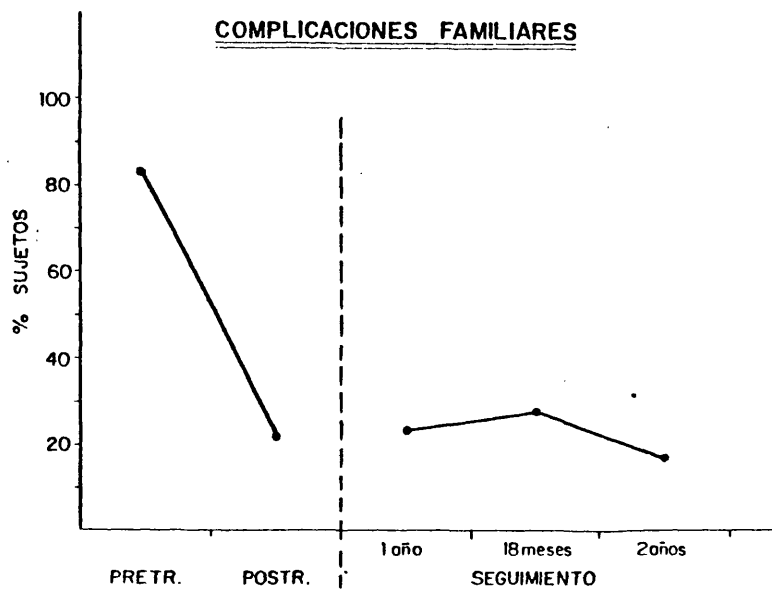
	PRETRAT.	POSTRAT.	S E G U I M I E N T O					
			1 año		18 meses		2 años	
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
Desajuste laboral	5 21	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Absentismo	2 8	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Inestabilidad	5 21	2 8,5	2 9	2 9	2 9			
Degradación	2 8	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Incapacidad	2 8	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Nº total de sujetos con complicaciones	5 21	2 8,5	2 9	2 9	2 9			

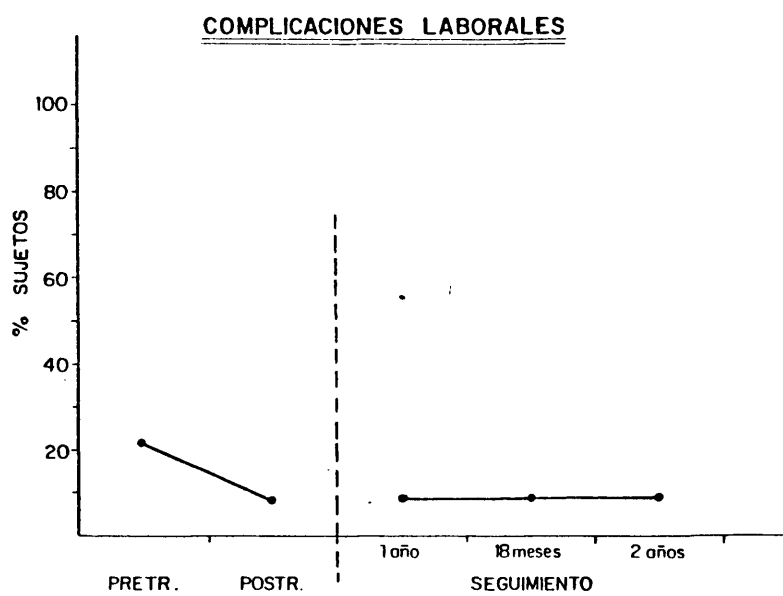
Cambios en las complicaciones laborales

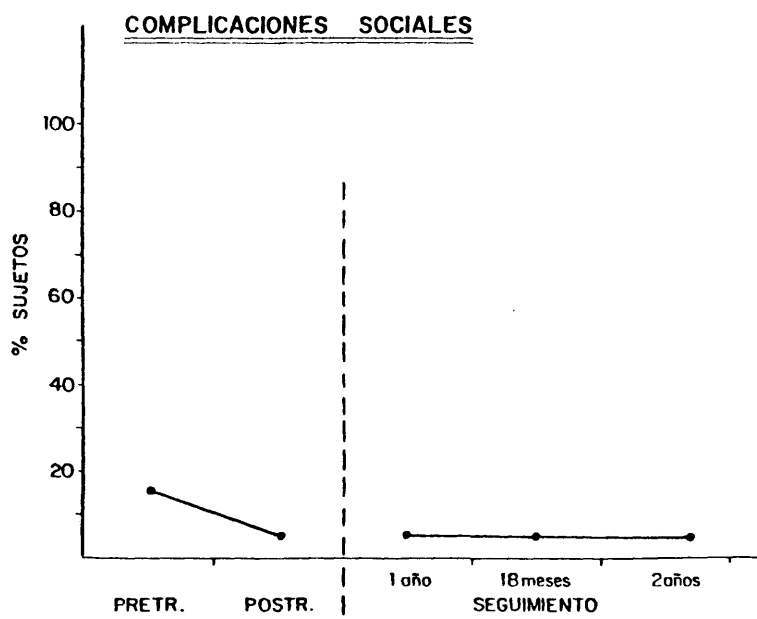
TABLA 10

	PRETRAT.	POSTRAT.	S E G U I M I E N T O					
			1 año		18 meses		2 años	
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
Conducta antisocial menor	2 8	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Conducta antisocial mayor	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Pérdida de nivel social	2 8	1 4	1 4,5	1 4,5	1 4,5	1 4,5	1 4,5	1 4,5
Nº total de sujetos con complicaciones sociales	4 16	1 4	1 4,5	1 4,5	1 4,5	1 4,5	1 4,5	1 4,5

Complicaciones de tipo social







- Recuperaciones

Otra forma de presentar los resultados del tratamiento es asociarlo por categorías, teniendo en cuenta el nivel de consumo y los trastornos por el consumo continuado de alcohol. No se incluye el ajuste familiar-laboral y social ya que el alcoholismo puede ser causa o consecuencia de inestabilidad social.

Se propone una definición dada por el NIAAA, en 1976 (National Institute on Alcohol And Alcoholism) y cuyas categorías se basan en la bebida de los sujetos durante el período precedente a los seguimientos. Nosotros tendremos en cuenta también la existencia de trastornos físicos y psíquicos.

- Abstinentes durante 6 meses: Abstinencia de larga duración.
- Abstinentes por 1 mes: aquellos que no han bebido en los 30 días antes, pero han bebido algo entre el 2º y 6º mes antes del seguimiento.
- Bebida normal: aquellos sujetos que informaron estaban bebiendo de una forma determinada: consumo menor de 100 c.c. y sin pérdidas de control, sin temblores ni pituitas ni trastornos graves. que incluirían:
 - . Temblores
 - . "blackouts" alcohólicos

- . Dejar de comer por la bebida
- . Beber en ayunas
- . Perder el control
- . Perder días de trabajo por beber
- . Dificultades para dormir
- . Beber en el trabajo
- . No dejar de beber
- . Beber solo
- . Riñas y altercados con otros mientras bebían.

(tomado de los criterios de NCA y NIAAA, 1972, 1976)

- No remisiones : sujetos que no cumplían alguna de estas características.

Por supuesto que este tipo de categorización tiene sus limitaciones, una situación especial es la inclusión de la categoría "bebida controlada" ya que muchos profesionales creen que la abstinencia permanente es la única solución para el alcoholismo; y no hay duda que para muchos alcohólicos es su solución. Pero -- los resultados empíricos de muchos otros estudios y mis propios datos indican que un grupo de estos sujetos beben cantidades similares a las observadas en la población general.

Un resumen de las tasas de los resultados se muestran en la tabla 11 . Justo en el momento del postratamiento el porcentaje de recuperaciones era de un 75%. En los seguimientos, la tasa de recuperación era de 61% en el año, 65% a los 18 meses y 58% a los dos años.

Estos porcentajes han sido calculados con los 28 sujetos del grupo inicial, sin suponer que los desconocidos fuesen porque estaban recuperados o bien -- porque no se habían recuperado. Como en otros estudios (Rand Corporation, 1980) los sujetos que habían hecho un período de abstinencia corto no se mantenían en el seguimiento, en tanto que la abstinencia larga y la bebida controlada tienden a estabilizarse alrededor del 25% - 30% de los sujetos respectivamente.

TABLA 11

RESULTADOS (RECUPERACIONES) DESPUES DEL TRATAMIENTO1.- Recuperaciones en el postratamiento

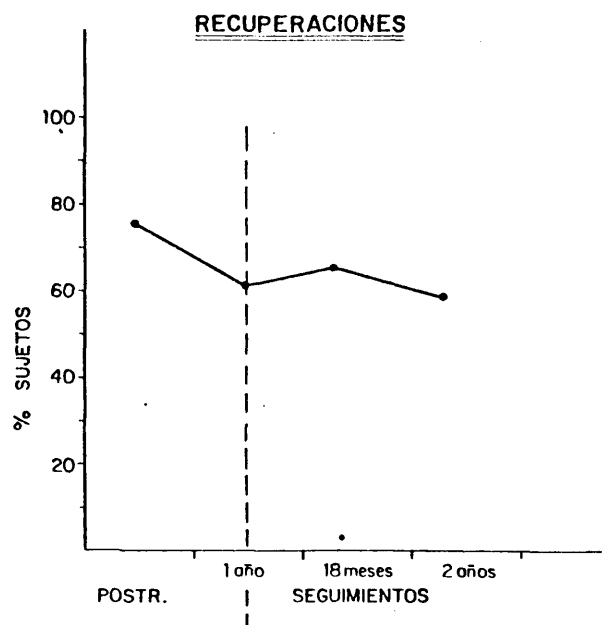
RECUPERACIONES	<u>N</u>	<u>%</u>
- Abstinentes de largo plazo	9	32
- Abstinentes de corto plazo	4	14
- Bebida controlada	8	29
NO RECUPERACIONES	3	11
PERDIDAS	4	14

2.- Recuperaciones en los seguimientos

	<u>1 año</u>		<u>18 meses</u>		<u>2 años</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
RECUPERACIONES						
- Abstinentes largo plazo	10	36	7	25	8	29
- Abstinentes corto plazo	1	4	1	4	-	-
- Bebida controlada	6	21	10	36	8	29
NO RECUPERACIONES	7	25	4	14	4+2 ^x	21
PERDIDAS	4	14	6	21	6	21

^x 2 muertes: una de ellas no por problemas de alcohol, otra dudosa. A pesar de ello hemos incluido a estos dos sujetos como no recuperados.

376



- Recaídas

Las características peculiares del alcoholismo hacen que las observaciones de un sólo punto en el seguimiento puedan ser erróneas. El criterio de recaída se refiere a la cuestión de la estabilidad de las recuperaciones en los diferentes momentos del seguimiento más que a la proporción de sujetos recuperados en un momento puntual. Las tablas descriptivas de los sujetos nos muestran que el 54% de los sujetos recuperados lo eran de manera estable durante los dos años que transcurrieron desde que terminó el tratamiento hasta el último seguimiento. De ellos el 22% mantuvo la pauta de abstinencia desde el principio al final, el 18% mantuvo una pauta de bebida controlada desde el principio hasta el último seguimiento y el 14% fluctuó entre la abstinencia y la bebida controlada.

- Efectos de las características de los sujetos

Hasta aquí se han analizado los resultados del grupo como un todo indiferenciado. Pero a pesar de que los alcohólicos se diferencian fácilmente de la población general, respecto a su conducta de beber, existe una cierta variabilidad intra-grupo que conviene estudiar. Se examinan aquí algunas de las características que se han considerado factores pronóstico del tratamiento.

Edad

El grupo de sujetos recuperados es ligeramente superior en edad ($\bar{X} = 39,62$ años) que el grupo de sujetos no recuperados ($\bar{X} = 35$).

	<u>Recuperados</u>	<u>No recuperados</u>
\bar{X}	39,6	35
σ_x	8,3	11,6

Características del inicio de la bebida

Los sujetos con un inicio de bebida debido a alteraciones emocionales y psicopáticas corresponde al 63% del grupo de recuperados y el 83% de los no recuperados. La causa del ambiente alcohólico de la sociedad sólo hay un sujeto en el grupo de los no recuperados y un 37% (6 sujetos) en el grupo de los recuperados.

	<u>Recuperados</u>		<u>No recuperados</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Hábito consecutivo a neurosis y psicopatías.	10	63	5	83
Hábito consecutivo al ambiente alcohólico de la sociedad	6	37	1	17

Características del modo de beber

El 37% del grupo de los sujetos recuperados bebían al inicio del tratamiento sin pérdidas de control y el 63% restante tenían pérdidas de control. Sin embargo, en el grupo de los no-recuperados todos los sujetos perdían el control al inicio del tratamiento.

Estado Civil

La característica "soltero" es un factor pronóstico negativo ya que 4 de los 6 sujetos no recuperados eran solteros. El estar casado era un dato de buen pronóstico, sin embargo. Diez de los recuperados estaban casados y sólo uno de los no recuperados tenía este mismo estado civil.

	<u>Recuperados</u>	<u>No recuperados</u>
Solteros	3	4
Casados	10	1
Viudos	1	-
Separados	2	1
	N= 16	N = 6

Alteraciones debidas al consumo excesivo de alcohol

Tanto los sujetos recuperados como los no recuperados tenían complicaciones y alteraciones debidas al consumo de alcohol con una frecuencia similar y no se puede considerar que influya en los resultados.

	<u>Recuperados</u>		<u>No recuperados</u>	
Complicaciones físicas	13	82%	5	83%
Complicaciones psíquicas	16	100%	6	100%
Complicaciones sociales	15	93%	5	83%

Frecuencia y cantidad de consumo de alcohol

Todos los sujetos del grupo de los recuperados bebían diariamente, y el 83% de los no recuperados, pero en este último grupo, un 17% bebía de forma intermitente.

La cantidad de alcohol que los sujetos consumían previa al tratamiento, era muy similar en ambos grupos: En el grupo de los recuperados la media era de 284,5 c.c. de alcohol absoluto diario y de 287,5 c.c. en el grupo de los no recuperados.

- Comparación entre los sujetos tratados y no tratados

Una forma de establecer la eficacia de un tratamiento es mostrar que las personas que recibieron el tratamiento estaban mejor que las que no lo recibieron. En una situación de laboratorio se puede realizar un experimento en el que un grupo de sujetos se compara con otro grupo equivalente pero sin tratamiento. En una situación clínica no es posible ni siquiera deseable no dar tratamiento a un grupo control que se haya seleccionado aleatoriamente. En vez de ello, se pueden buscar a aquel grupo de alcohólicos que recibieron muy poco tratamiento o ningún tratamiento.

Aquí vamos a considerar como no tratados a - - aquellos sujetos que o bien sólo tuvieron un primer contacto y no recibieron más tratamiento y aquellos que contactaron dos veces y sólo recibieron un mínimo de información. Dentro de los sujetos tratados -- también conviene hacer una diferenciación: aquellos que recibieron menos tratamiento que una cantidad típica de tratamiento y aquellos que recibieron más cantidad de tratamiento. Consideramos con baja cantidad de tratamiento a los sujetos que recibieron 6 sesiones o menos y con alta cantidad de tratamiento a los que recibieron 7 sesiones o más.

Situación de recuperación	NO TRATADOS				TRATADOS			
	1 contacto		2 contactos		bajo trat.		alto trat.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Recuperados	-	-	1	25	4	57	11	74
No recuperados	-	-	-	-	-	-	4	26
(x)								
Pérdidas	3	75	-	-	3	43	-	-

(x) Conviene destacar aquí que uno de los sujetos considerados como no recuperado por tener un promedio de 1 pérdida de control al mes, había descendido su consumo habitual a unos 50 c.c. de alcohol absoluto en un día "típico", no bebía diariamente y no tenía ningún tipo de complicación física, psíquica o social. Si este caso se incluyera entre los recuperados, el porcentaje de sujetos con alto tratamiento tendría un índice de recuperación del 80%, mucho más elevado que los sujetos con bajo tratamiento o ningún tratamiento.

6.1.2. ANALISIS COMPARATIVO DE LOS SUJETOS ORIENTADOS
HACIA LA BEBIDA CONTROLADA Y LA ABSTINENCIA.

Con el fin de obtener una visión más clara de los resultados obtenidos en los dos tratamientos: bebida controlada y abstinencia, se han seleccionado 9 sujetos de cada grupo para poder realizar comparaciones más reales. El número de sesiones que recibieron los sujetos del grupo de bebida controlada era de una media de 12 y en el grupo de abstinencia la media fué de 10,5. El promedio de meses de permanencia en el tratamiento fué exactamente igual en ambos grupos ($\bar{X} = 4,22$ meses). Muy similar fué también el promedio de cartas enviadas a ambos grupos ($\bar{X} = 1,7$ en el grupo de bebida controlada y $\bar{X} = 1,4$ en el grupo de abstinencia). El promedio de contactos telefónicos fué moderadamente superior en el grupo de bebida controlada ($\bar{X} = 4,5$) que en el grupo de abstinencia ($\bar{X} = 2,5$).

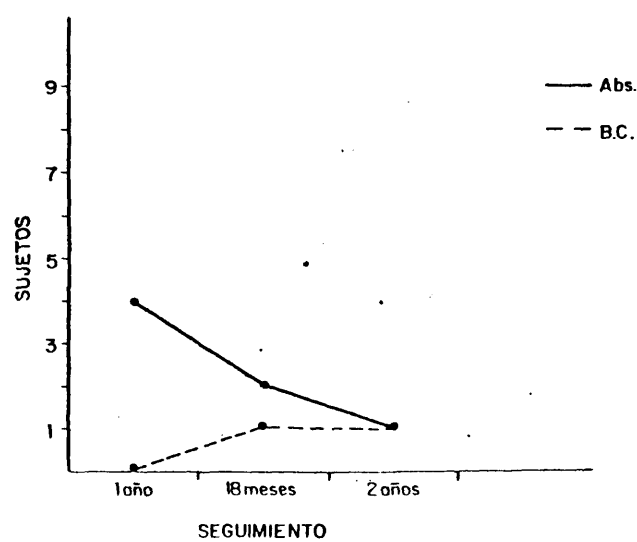
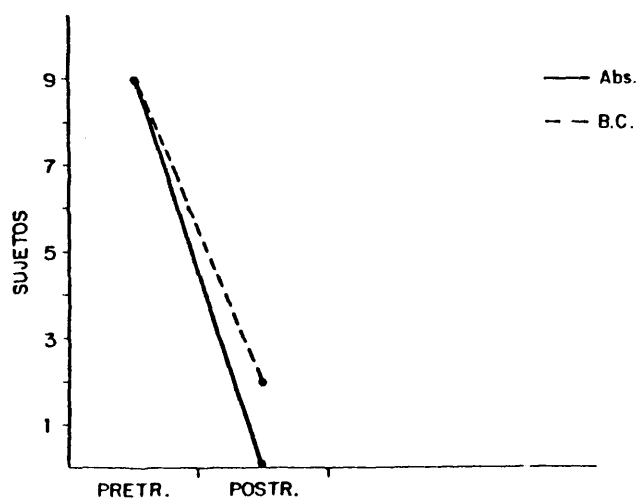
a) Consumo de alcohol- Consumo diario de bebidas alcohólicas

Antes del tratamiento, todos los sujetos bebían diariamente, en tanto que en el postratamiento prácticamente ninguno bebía diariamente. (ninguno del grupo de abstinencia y dos del grupo de bebida controlada). El seguimiento que se hizo al año mostró un incremento de sujetos que bebían diariamente: en el grupo de bebida controlada eran 4 los que todos los días ingerían algún tipo de bebida alcohólica, y en el grupo de abstinencia de los 8 de los que se consiguió contactar ninguno consumía bebidas alcohólicas diariamente. A los 18 meses desciende la tasa de sujetos que beben diariamente, a dos en el grupo de bebida controlada y sin embargo se incrementa en 1 en el grupo de abstinencia. En el período de seguimiento de los dos años sólo bebe diariamente 1 sujeto del grupo de bebida controlada y uno del grupo de abstinencia. Los datos pueden verse reflejados en la tabla 12.

TABLA 12

PRETRAT.		POSTRAT.		SEGUIMIENTO					
				1 año		18 meses		2 años	
BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS
9	9	2	-	4	-	2	1	1	1

Bebida diaria

CONSUMO DE BEBIDA DIARIO

- Clase de bebida consumida

Después del tratamiento ambos grupos cambiaron la clase de bebida, pasando de un consumo de - bebidas con alta graduación (licores) a bebidas de más baja graduación (cerveza y/o vino). En el pretratamiento, todos los sujetos del grupo orientado a la bebida controlada tomaban al menos licor unido en muchos casos al consumo de vino y cerveza, - mientras que en el grupo de abstinencia había dos sujetos que desde el inicio no tomaban licores. -- Los datos se recojen en la tabla 13 .

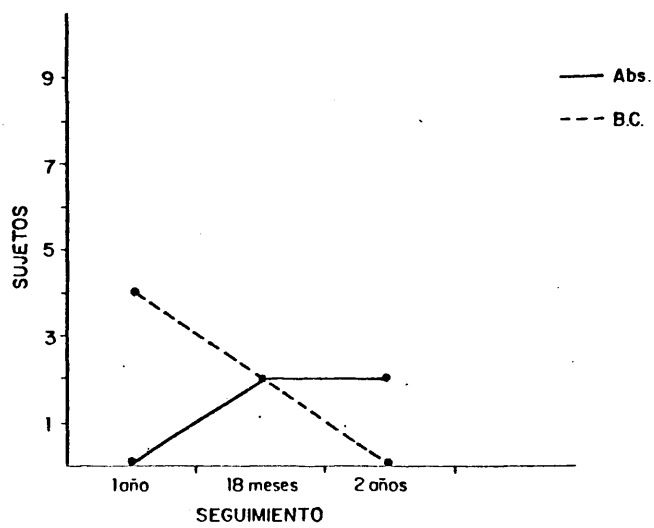
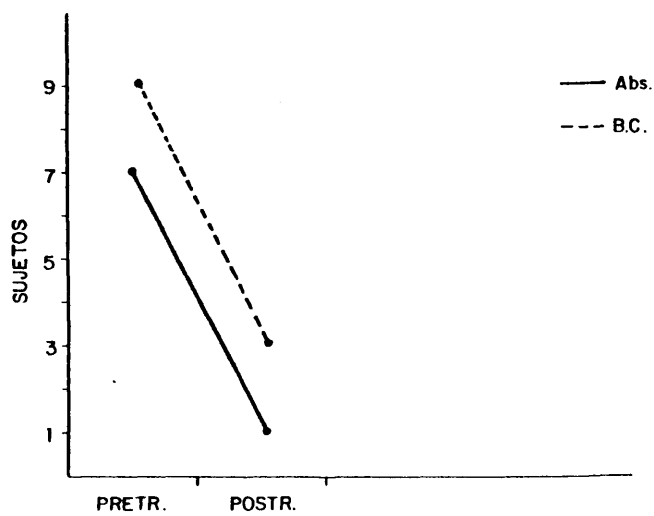
TABLA 13

	PRETRAT		POSTRAT		S E G U I M I E N T O					
					1 año		18 meses		2 años	
	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS
vino y/o cerveza	-	2	4	2	2	2	6	1	7	1
licor y/o vino y/o cerveza	9	7	3	1	4	-	2	2	-	2

Cambios en la clase de bebida alcohólica consumida

387

CONSUMO DE BEBIDA DE ALTA GRADUACION

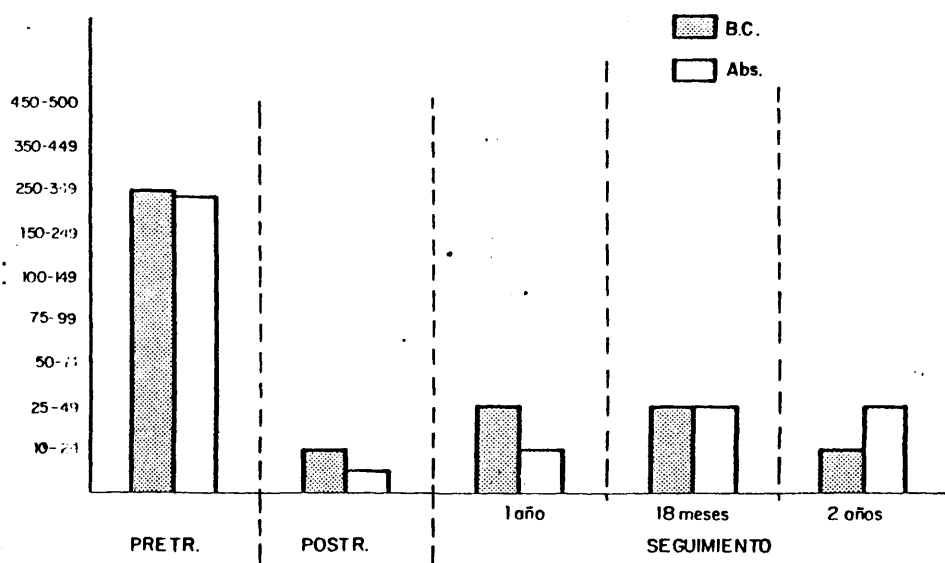


Nivel de consumo de alcohol absoluto expresado en c.c.
en un día típico.

El consumo de alcohol absoluto descendió de una forma muy intensa en ambos grupos tras el tratamiento. Este descenso se aprecia detalladamente en la siguiente tabla.

TABLA 14

c.c.	PRETRAT.		POSTRAT.		S E G U I M I E N T O					
					1 año		18 meses		2 años	
	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS
0	-	-	2	6	3	6	-	5	1	5
10- 24	-	-	1	2	1	-	2	1	3	-
25- 49	-	-	5	-	1	-	2	-	2	1
50- 74	-	-	1	1	2	-	3	-	2	-
75- 99	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
100-149	-	1	-	-	-	2	1	-	-	1
150-249	2	2	-	-	1	-	-	1	-	1
250-349	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-
350-449	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-
450-500	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
\bar{x} =	300	294	227	77	466	222	355	277	20	361
σ_x =	75,4	85,7	17,4	15,4	49,8	41,5	29	53,9	17	65,7



Antes del tratamiento no había ningún sujeto en ambos grupos que bebiera cantidades inferiores a los 100 c.c. de alcohol absoluto diario y en el post tratamiento ningún sujeto llegaba a beber una cantidad de alcohol que igualara los 75 c.c. de alcohol absoluto y además, la mayoría tampoco lo bebía diariamente. En el seguimiento muy pocos sujetos llegan a cruzar la línea de los 100 c.c. de alcohol: al año esta línea la superaban un sujeto del grupo de bebida controlada y dos sujetos de abstinencia, a los 18 meses, sólo hay un sujeto en cada grupo y a los dos años, ningún sujeto del grupo de bebida controlada bebe de forma cuantiosa y sí lo hacen dos del grupo de abstinencia. Las dos mujeres que se perdieron (una de cada grupo) sabemos que en el último control realizado estaban en abstinencia aunque una de ellas había estado incluida en el grupo de bebida controlada.

Bebida moderada y abstinencia: en la tabla anterior (tabla 14) también se puede observar qué sujetos estaban haciendo una bebida moderada y qué sujetos estaban haciendo abstinencia. En el grupo que había estado orientado a la bebida controlada y por tanto habían recibido tratamiento específico para ello, encontramos siete sujetos que estaban bebiendo de forma moderada en el postratamiento y dos estaban abstinentes.

En el seguimiento de 1 año, cinco sujetos mantienen esta pauta de bebida moderada y tres una pauta de abstinencia.

En el seguimiento de 18 meses, nuevamente 7 sujetos mantienen una pauta de consumo moderada y ningún sujeto hace abstinencia. Finalmente en el seguimiento de dos años se mantiene el mismo número de sujetos en bebida moderada y un sujeto ha pasado a hacer abstinencia.

En el grupo que había estado orientado a la abstinencia, un número menos reducido de sujetos realizó pautas de bebida moderada aunque no había recibido tratamiento específico para ello. En el postratamiento, 3 sujetos de este grupo tomaba pequeñas cantidades de alcohol absoluto y 6 hacían una abstinencia total. Esta pauta de abstinencia se mantiene igualmente al año por lo que respecta a los sujetos que no bebían nada, pero aquellos sujetos que bebían de forma moderada, uno de ellos pasa a la abstinencia y dos comienzan a beber de forma cuantiosa. En el seguimiento de los 18 meses, 5 sujetos se mantienen totalmente abstinentes, 2 beben de forma muy moderada y uno supera en su consumo los 100 c.c. de alcohol absoluto. En el seguimiento de los dos años, los mismos cinco sujetos permanecen abstinentes, y los que bebían sólo uno permanece en una pauta moderada y dos beben de una forma excesiva..

En general, se puede decir que los sujetos que han recibido un programa de bebida moderada mantienen esta pauta de forma estable a lo largo de dos años, en tanto que los sujetos que no recibieron este entrenamiento, cuando hicieron una pauta de bebida modera-

da tendieron a incrementar esas cantidades con límites excesivos en algunos casos, manteniéndose con más facilidad en la abstinencia.

- Frecuencia de las pérdidas de control

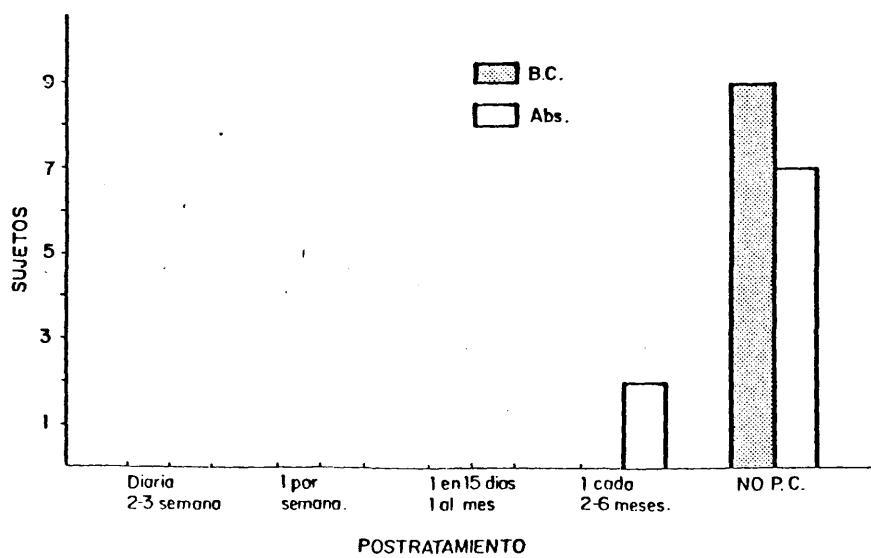
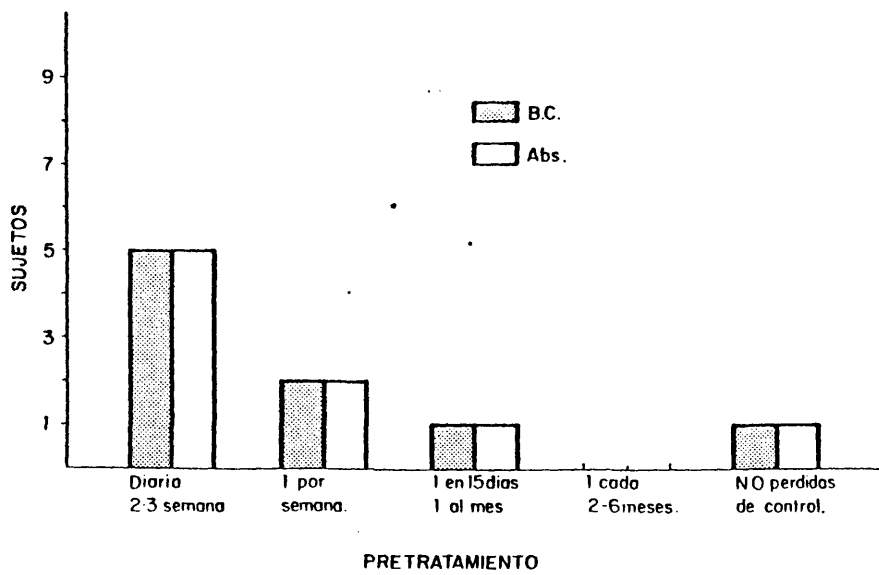
La frecuencia con que los sujetos perdían el control es casi total en ambos grupos antes de comenzar el tratamiento y prácticamente nula en el postratamiento. En el seguimiento de 1 año, dos sujetos de cada grupo tienen una frecuencia de pérdidas de control similar aunque mucho menos frecuente que en el pretratamiento. En el seguimiento de 18 meses y en el de dos años, las pérdidas de control son discretamente superiores en el grupo de orientación a la abstinencia que en el grupo de orientación a la bebida moderada.

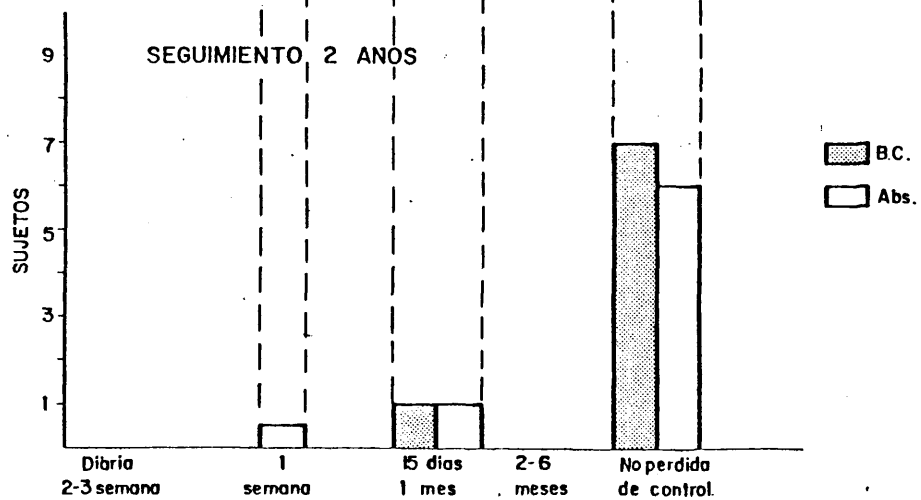
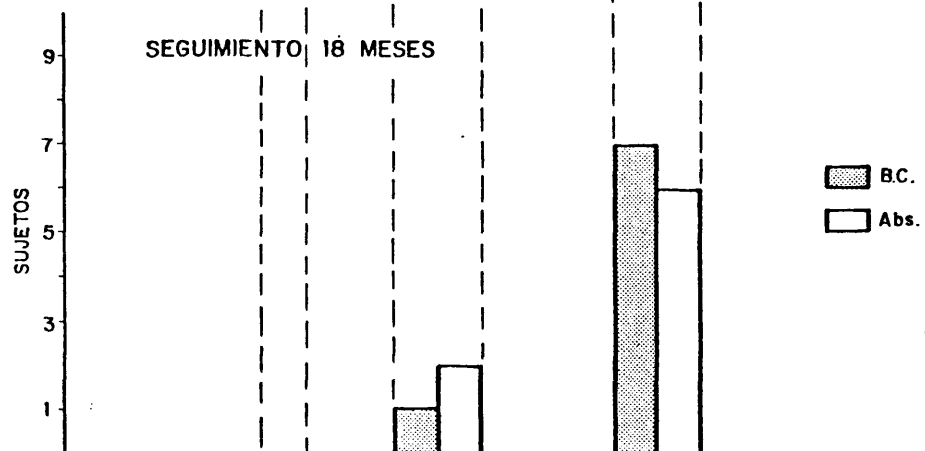
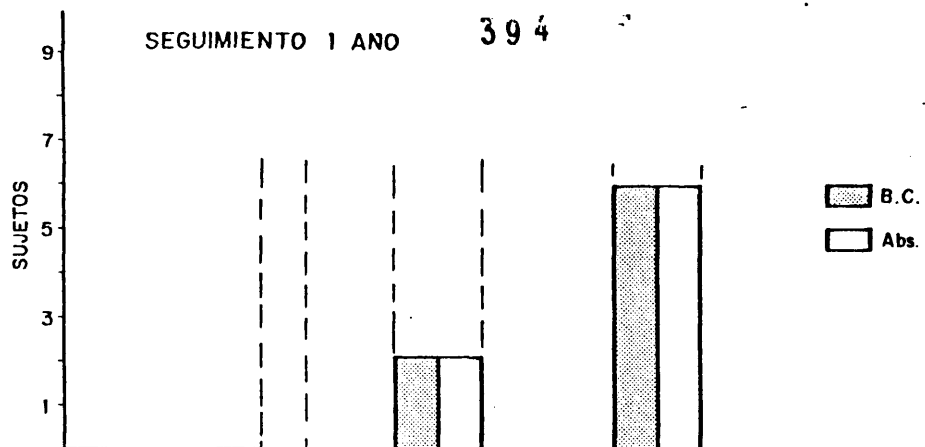
TABLA 15

Frecuencia Pérdidas de Control	PRETRAT.		POSTRAT		S E G U I M I E N T O					
	BC	ABS	BC	ABS	1 año		18 meses		2 años	
	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS
Diaria	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
2-3 semana	5	4	-	-	-	-	-	-	-	-
1 semana	2	2	-	-	-	-	-	-	-	1
1 en 15 días	-	1	-	-	1	1	-	1	-	1
1 al mes	1	-	-	-	1	1	1	1	1	-
1 en 2-6 meses	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
<hr/>										
No pérdida control	1	1	9	7	6	6	7	6	7	6

393

FRECUENCIA DE PERDIDAS DE CONTROL





b) Trastornos debidos al alcohol- Trastornos fundamentalmente físico

El importante descenso en el consumo de bebidas alcohólicas repercutió de forma muy favorable - en la eliminación de los trastornos físicos que los sujetos padecían antes de comenzar el tratamiento.

TABLA 16

Trastor nos físicos	PRETRAT.		POSTRAT.		S E G U I M I E N T O					
					1 año		18 meses		2 años	
	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS
SI	9	8	-	1	-	1	1	1	-	2
NO	-	1	9	8	9	7	7	7	8	6

Todos los sujetos de orientación a la bebida con trolada mejoraron en su salud, en tanto que un sujeto con un síndrome gástrico, temblor y trastornos - neuríticos, al que se había orientado a la abstinencia mejoró de estos últimos trastornos pero no de - su úlcera. Como el sujeto siguió bebiendo de forma más o menos continuada durante los dos años de seguimiento, ese malestar no desapareció. Es un sujeto -- que descendió su cantidad de consumo pretratamiento,

pero no logró mantenerse de forma estable ni en la bebida moderada ni en la abstinencia.

- Trastornos fundamentalmente psíquicos

Todos los sujetos de ambos grupos tenían alteraciones psicológicas, especialmente trastornos del carácter y del estado del ánimo, con irritabilidad, explosividad, distimias, etc. Estas alteraciones se habían eliminado casi por completo en el postratamiento y los seguimientos.

TABLA 17

Trastornos psicológicos	PRETRAT.		POSTRAT.		S E G U I M I E N T O					
					1 año		18 meses		2 años	
	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS
SI	9	9	1	1	1	1	-	1	-	2
NO	-	-	8	8	8	7	8	7	8	6

- Trastornos en el ámbito social

La mayoría de los sujetos orientados a la abstinencia y todos los sujetos orientados a la bebida controlada mostraban algún tipo de alteración en su ámbito de relaciones familiares, laborales o sociales.

También este ámbito mejoró después de haberse realizado el tratamiento y se mantuvo la mejoría en el seguimiento.

TABLA 18

Complica ciones sociales	PRETRAT.		POSTRAT.		S E G U I M I E N T O					
					1 año		18 meses		2 años	
	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS
SI	9	7	2	1	1	2	1	2	-	2
NO	-	2	7	8	8	6	7	6	8	6

- Recuperaciones y recaídas

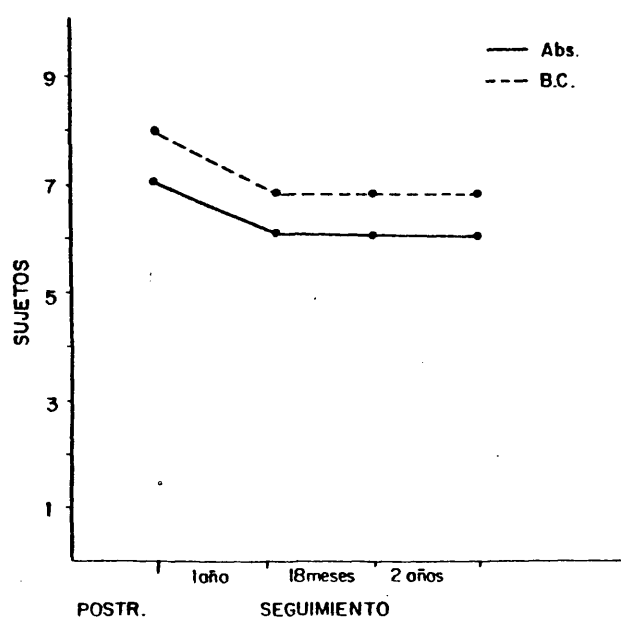
Se siguen aquí los mismos criterios establecidos en el análisis del grupo total.

Se consideran recuperados aquellos sujetos que bien habiendo hecho un período de abstinencia largo (6 meses o más) un período de abstinencia corto (1 mes) o bien han bebido de una forma moderada, no presentan ninguna alteración que tenga relación con el consumo excesivo de alcohol.

TABLA 19

	POSTRATAMIENTO		S E G U I M I E N T O					
			1 año		18 meses		2 años	
	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS	BC	ABS
RECUPERADOS								
Abstinentes 6 meses	2	5	3	6	-	5	1	5
Abstinentes 1 mes	-	-	-	-	-	-	-	-
Bebida controlada.	6	2	4	-	7	1	6	1
NO RECUPERADOS	1	2	2	2	1	2	1	2

En el grupo de orientación a la abstinencia hay dos sujetos que desde el postratamiento se les puede considerar no recuperados aunque en ambos existe una cierta mejoría, descendiendo algo la cantidad de consumo de alcohol, las pérdidas de control y las alteraciones.

SUJETOS RECUPERADOS

400

TABLA 20

DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS PERSONALES
PRETRATAMIENTO, TRATAMIENTO, POSTRATAMIENTO Y
SEGUIMIENTOS DE TODOS LOS SUJETOS QUE COMPONEN
LA MUESTRA.

para la clasificación de los alcohólicos

inicio del hábito alcohólico

- Hábito consecutivo a enfermedades mentales
- Hábito consecutivo a psicopatía y neuritis
- Hábito consecutivo a factores sociales anómalos
- Hábito consecutivo al ambiente alcohólico de la familia.

2002 de beber

- 1.- Caracterizado por: no pérdida de control, con pérdida de conciencia, pérdida de memoria, falta de simetría en el comportamiento.
- 2.- Caracterizado por: tolerancia aumentada, meting a la intoxicación al alcohol. Síndrome de abstinencia. Intoxicación de abstinencia. Genución de control. Intoxicación.
- 3.- Caracterizado por: tolerancia aumentada y meting a la intoxicación al alcohol. Síndrome de abstinencia. Intoxicación para abstinencia. Pérdida de control.
- 4.- Caracterizado por: capacidad de abstinencia aumentada. Pérdida de control. Intoxicación de abstinencia.

consecuencias físicas del alcohol

Complicaciones de la exposición al alcohol

- 1.- Enfermedades patológicas
- 2.- Síndromes patológicos menores (neurotismo alcohólico)
- 3.- Síndromes característicos (trastornos de personalidad, depresión)
- 4.- Síndromes característicos críticos, subagudos y agudos (síndrome de abstinencia)
- 5.- Alucinosis alcohólica
- 6.- Síndromes neurológicos y psiquiátricos alcohólicos.
- 7.- Síndromes neurológicos alcohólicos: síndrome de Korsakow y otras formas.
- 8.- Síndromes mixtos y confusos.

Complicaciones de la exposición al alcohol

- 1.- Síndromes somáticos menores: también conocido, púgil, con entumecimiento, mareos, insomnio, diarrea, bursitis.
- 2.- Complicaciones alcohólicas agudas.
- 3.- Síndromes mentales, neurotismo y meningitis.
- 4.- Síndromes característicos de origen alcohólico.
- 5.- Síndromes característicos y ulcerosos gastro-duodenales de origen alcohólico.
- 6.- Intoxicación hepática, ascitis, hepatitis y cirrosis.
- 7.- Síndromes pancreáticos alcohólicos.
- 8.- Síndromes pulmonares y nefróticos de origen alcohólico.
- 9.- Síndromes cardíacos y síndrome cardiovascular.
- 10.- Síndromes alcohólicos: alteraciones tiroideas y síndrome hiper e hipotiroideo, impotencia y espermatozoos.
- 11.- Otros trastornos somáticos, de origen alcohólico.

Complicaciones de la exposición al alcohol

- 1.- Neurotismo familiar
- 2.- Neurotismo consanguíneo
- 3.- Neurotismo familiar
- 4.- Neurotismo familiar
- 5.- Neurotismo familiar
- 6.- Neurotismo familiar
- 7.- Neurotismo familiar
- 8.- Neurotismo familiar
- 9.- Neurotismo familiar
- 10.- Neurotismo familiar
- 11.- Neurotismo familiar
- 12.- Neurotismo familiar
- 13.- Neurotismo familiar

Nº	EDAD	E. CIVIL	PROFESION	EMPLEO PRESENTE	EMPLEO ANTERIOR	CIUDADANIA	VOLEUNTARIADO	INGRESO ANTERIOR	TRATAMIENTO ANTERIOR	CONSECUENCIAS FISICAS	CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS
V	44	casado	Albañil (paro)	2	3	Y	no	no	no	1	1
V	25	soltero	Moza de mudanzas	4	3	Y	no	no	no	1	3
V	37	casado	Administrativo	2	3	Y	no	no	no	1	1
V	24	soltero	Estudiante Universitario	2	4	-	si	si	si	-	3
V	50	casado	Agente de seguros	4	1	Y	no	no	no	1, 3	3
V	29	casado	Albañil (paro)	-	3	Y	no	no	no	1	3
V	40	viudo	Oficero	2	2	Y	no	no	no	1	1
V	43	casado	Subalterno	2	2	-	no	no	no	-	1
V	53	casado	Oficero (paro)	4	3	Y	no	no	no	1	-
V	61	casado	Conductor	2	1	Y	no	no	no	1	1
V	36	casado	E. Superiores (Fisico)	2	3	Y	no	si	si	1	1
V	35	soltero	Ingeniero	2	3	Y	si	no	no	1	3
V	53	soltero	Pedro (paro)	4	3	Y	no	no	no	1, 10	2
V	23	soltero	Cartero	2	3	-	no	no	no	-	2
V	49	Separado	Ordenanza	2	3	Y	no	no	no	1, 3, 5	3
V	35	Separado	Asistente de vuelo	4	3	Y	si	no	no	1, 3	2
V	54	casado	Portero	4	3	Y	no	no	si	1, 3	1, 3
V	49	casado	Dependiente	4	2	-	no	no	no	1	2

402'

TAMIENTO

FRECUENCIAS TALES	BERIDA DIARIA	HORA	LUGAR	TIPO DE BERIDA	C.C.	BERIDA SOLITARIA	BERIDA CODITA	BERIDA AYUNAS	PERDIDA DE COSTRIDE	SENTIMIENTOS EMOCIONALES ASOCIADOS A LA BERIDA	SENTIMIENTOS FISICOS ASO- CIADOS A LA BERIDA	CAPACIDAD DECHAZAR BERIDA	PROBLEMAS ASOCIADOS CON LA BERIDA
1, 7	si	7	bar	cerveza vino licores	175	con amigos	no	si	2 al max	ansiedad	cansancio, dolor de cabeza	no	Preocupación hipocóndrica. Ansiedad. Problemas de re- lación con su esposa: vigi- lancia excesiva. Sentimiento de que la com- da le sienta mal.
5, 8, 10	si	15	bar	cerveza licores	325	con amigos	no	no	1-2 semana	tristeza desinhibi- ción. Agresividad	dolor de cabeza.	no	baja auto-estima. sentimientos de tristeza asociados con el trabajo soledad. Madre excesivamen- te vigilante.
1	si	14	casa bar	cerveza vino licores	275	con amigos	no	no	1 semanal	bienestar	agotado	no	Problemas conyugales. Esposa controladora y cel- losa. Sensación de stress continua debido al traba- jo.
1, 7	fiestas y otros días	15	bar casa	vino cerveza	300	con amigos y sólo	si	no	1 semanal	ansiedad alegría	-	no	Sensación de fracaso. Temor a perder el control. Sentimientos de inseguri- dad y temor generalizado
1	si	8	bar casa	vino licor	350	sólo y con amigos	no	si	3-3 semana a veces a diario.	bienestar	-	no	Pasa mucho tiempo en los bares, debido a su traba- jo. Temo en las relacio- nes sociales. Dificultad en rechazar bebida.
1	si	8	bar	vino licor cerveza	450	con amigos	no	si	1 semanal	deseno de desinhibición	bienestar	no	Cuando alcoholico que le lleve a beber. Pero laboral. Dificultad rechazar bebida.
-	si	8	bar casa	vino licor	250	con amigos	no	si	no	tristeza	cansancio	no	Soledad. Alucinaciones. Pera laboral.
9	si	8	bar	cerveza licores	325	sólo y con ami- gos.	no	si	no	deseno de expresar agresividad	-	-	Ansiedad en el trabajo. Dificultades en expresar sus sentimientos negati- vos y en decir no.
1	si	8	bar	vino	275	con amigos	no	si	2 semanal	-	-	-	-
1	si	8	bar	cerveza licores	250	sólo	no	si	no	tristeza	-	-	-
1, 7	si	9 10 18	bar	licores	250	sólo y con amigos	si	si	2 semana	ansiedad, baja auto-esti- ma. Alucinaciones	-	no	Ansiedad ante temblor de manos. Temor a los erro- res y responsabilidad en el trabajo. Ansiedad en relación social con la madre.
6	si	20	bar	coñac	200	solo	no	no	1-2 semana	enfado triste retardo	dolor de cabeza	no	Gran ansiedad relaciones con el otro sexo. Baja auto-estima. Temor a la soledad y fracaso. No es posible de que derroche ni agresividad.
1, 6, 7	si	7, 10	bar	coñac vino	250	con amigos	no	si	1 semana	alegría	bienestar	no	Felices en la familia por el alcohol. Si le invitan no sabe decir que "no".
1	si	14	bar	cerveza coñac	175	sólo y amigos	si	no	1-2 semana	agresivo	bien	no	Temor fracaso y perder el bajo. Ansiedad muerte y enfermedad.
1, 2	si	8	bar	vino licores	300	con amigos	si	si	2 semana	triste	cansado	no	Temor a perder el control Dificultad expresar senti- mientos. Temor nuevo aban- dono de la familia. Temor a que le pasen desgracias
2, 5	si	7	bar casa	vino cerveza	350	sólo	no	si	2 semana a veces a diario	nervioso retardo triste	agotado cansado	no	Problemas importantes de actividad. Miedo a que se rían de él si no bebe.
1, 5, 9, 10	si	8	bar	vino cerveza licores	400	sólo	si	si	diario	nervioso	-	no	Freud'sium Tremens
1	si	8	bar	vino cerveza	350	amigos	no	si	no	nervioso irritable	decaído	no	Ansiedad ante la madre. Nervioso no poder negar

102²

TRATAMIENTO

POSTRA

ACCIÓN REALIZADA	OBJETIVO TRATAMIENTO	Nº DE SESIONES	Nº DE MESES	Nº DE CALIAS	LLAMADAS TELEFÓNICAS	CONTINUA ASISTE	CONTROL DE MESES	CONTAGIO 2 AÑOS	HERIDA DIALIA	CLASE MÉRITA	C.E.	CONSECUENCIAS FISICAS
de atención a sus quejas de en- bejaición, utilización de es- conducta alternativa a sentimen- tidad. Tratamiento operante con Refuerzo de atención ante la apetito y aumento progresivo del	Abstinencia	12	8	-	-	si	si	si	0	0	0	0
de refuerzos sociales y familia- riel operante con la madre. In. Contratos para aumentos acti- vismo-reforzantes.	Bebida controlada	7	3	1	6	si	si	si	no	licor	25	0
conductual con la esposa: reaja- ción a la bebida y no llamadas res. Entrenamiento en rechazar - bejaición.	Abstinencia	4	2	4	4	si	si	si	0	0	1	0
no. Inundación a perder el control so, futuro, soledad, etc. In. Contratos para aumentos acti- vismo-reforzantes. Reestructuración A. (Colma).	Abstinencia	39	7	2	2	si	si	si	no	vino cerveza licor	100	1
operante con la mujer. Información control de estímulos (eliminación lésticos al bar) y cómo rechazar -	Abstinencia	16	6	-	1	si	si	si	0	0	1	0
operante con la mujer. Bejaición. Información sobre lo que ocurre. estímulos cuando. Entrenamiento en no y bebida moderada.	Bebida controlada	8	4	3	10	si	si	si	no	cerveza	30	0
An. Reestructuración tiempo libre.	Abstinencia	10	9	3	2	si	si	si	0	0	-	0
e les explica el programa de be- da controlada. Vacaciones.	bebida controlada	2	15 días	2	1	si	si	si	0	0	0	0
oime. Vacaciones	Abstinencia	1	-	2	-	no	no	no	1	SOLA CONSULTA	NO SE SARE.	
vacaciones.	Abstinencia	1	-	1	-	no	no	no	1	SOLA CONSULTA	NO SE SARE.	
implantación Especial. Bejaición. desensibilización Sistemática. tranquilizantes. Extinción de aten- ción (rinas por la familia). - Asertivo. Incremento en auto-ver- alizaciones positivas.	Abstinencia	14	4	1	3	si	si	si	no	0	0	0
bejaición. Desensibilización. Inundación. Entrenamiento en habili- dades sociales. Reestructuración - tiempo libre. Eliminación auto-reg- ulo. Práctica de demostración del refuerzo a alivio.	bebida controlada	16	9	-	-	si	si	si	no	cerveza caña	25	0
Extinción atención al alcohol de la familia. Entrenamiento en rech- zo de bebida. Psicofármacos.	Abstinencia	12	3	1	5	si	si	si	no	0	0	0
desensibilización. Bejaición. habilidades sociales con video- ape. Extinción atención familia.	Abstinencia	14	4	2	6	si	si	si	no	cañas	10	0
bejaición. Desensibilización a la mujer: extinción de rinas al alro- ni y temor a las "terraldas". Programa de enseñanza a beber con- roladamente.	Abstinencia	13	4	2	6	si familia	si familia	si familia	si	vino	25	0
bejaición. Desensibilización. - asertivo. Psicofármacos.	Abstinencia	3	4	3	7	si	si familia	si familia	no	cañas	10	0
Ingreso en Hospital Psiquiátrico. durante dos meses. Programa de extinción de rinas a la familia.	Abstinencia	3	1	1	4	si	si	si familia	INGRESO HOSPITAL	0	0	0
bejaición. E. asertivo. Entrena- miento en bebida controlada.	Bebida controlada	17	5	2	10	si	si	si	no	vino cañas	25	0

402³

M I E N T O	S E G U I M I E N T O (1 año)	S E G U I M I E N T O (18 meses).
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364		

(12 meses)											(18 meses)				
SECUENCIAS QUÍMICAS	CONSECUENCIAS SOCIALES	Nº DE FERTILIZANTES CONTINUA	PELIDA DIARIA	CLASE BEBIDA	C.C.	CONSEC. FÍSICAS	CONSEC. PSÍQUICAS	CONSEC. SOCIALES	Nº DE FERTILIZANTES CONTINUA	PELIDA DIARIA	CLASE BEBIDA	C.C.	CONSEC. FÍSICAS	CONSEC. PSÍQUICAS	CONSEC. SOCIALES
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	cerveza licor	50	0	0	0	0	0	cerveza	25	0	0	0
0	0	0	0	cerveza licor	75	0	0	0	1 en seis meses.	0	vino licor	50	0	0	0
3	0	1 al mes	no	cerveza vino licor	75	1	3	0	1 al mes	no	licor	50	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	no	vino licor	25	0	0	0
0	0	0	no	cerveza	10	0	0	0	0	no	cerveza	10	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	no	cerveza licor	40	0	3	0	0	0	vino	25	0	0	0
NO SE SABE NADA					NO SE SABE NADA					NO SE SABE NADA					
NO SE SABE NADA					NO SE SABE NADA					NO SE SABE NADA					
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	0	no	cerveza coñac	50	0	0	0	1 al mes	no	cerveza coñac	50	0	0	0
0	0	0	0	caña	25	0	0	0	0	0	0	0	cañones de pulcra	0	0
0	0	0	no	caña vino	100	0	0	1	2 al mes	no	cerveza vino	25	0	0	1
11	0	0	0	vino licor	200	0	3	1	1 cada 15 días	0	vino	100	1	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	no	alguna cepa	25	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	vino cerveza	15	0	0	0	0	no	vino	50	0	0	0

402'

SEGUIMIENTO (2 años)

NY DE PERDIDAS CONTROL	PERDIDA ETARIA	CLASE PERDIDA	C.C.	CONSEC. FISICAS	CONSEC. PSICOLÓGICAS	CONSEC. SOCIALES	NY DE PERDIDAS CONTROL
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	no	vino	25	0	0	0	0
0	MURTE POR CAUSAS NO ATRIBUIBLES COMPLETAMENTE EN PACIENTE NEUMOFILICO					APARECE INTOXICACION	
0	no	vino	20	0	0	0	0
0	no	cerveza	10	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	no	cerveza	25	0	0	0	0
			NO SE SABE NADA				
			NO SE SABE NADA				
0	0	0	0	0	0	0	0
0	no	cerveza coñac	25	0	0	0	1 al mes
0	MURTE POR EL CARCINOMA DE PULMON					-	-
1 al mes	no	cerveza vino	100	1	3	1	1 semanal
3 en 2 meses	si	vino	50	0	0	0	0
0	no	alguna copa	25	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	no	vino	50	0	0	0	0

CONSECUENCIAS SOLICITUD	BEBIDA DIARIA	DOSIS	LUGAR	TIPO DE BEBIDA	CANT. LITROS	EFECTOS FISIOLÓGICOS	EFECTOS PSÍQUICOS	FRECUENCIA DE CONTROL	SINTOMAS ADICIONALES ASOCIADOS A LA BEBIDA.	SINTOMAS FÍSICOS ASO- CIADOS A LA BEBIDA.	CAPACIDAD MEJORAR PAREJA.	EFECTOS PSICOTRÓPICOS C/ LA BEBIDA.	
-	si	4	bar	ginestra	600	sólo y malas	si	1 semanal	triste nervioso	agotado	no	Ansiedad e infirmitad, muerte, inseguridad labo- ral. Deseo suicidar prob.	
1, 3, 4, 8, 10, 11, 12	si	8	casa bar	ginestra cerveza vino	350	sólo y malos	no	diaria	-	-	-	-	
1	si	12	casa	vino kinetra	100	si	si	no	aburrimiento agresividad	-	-	Comunicación matrimonial agresiva. Dificultad aser- tiva con el marido. Ansiedad ante l. crítica y error. No alternativas ocio.	
-	si	8	casa	cerveza licores	350	si	si	si	2-3 semana	tristeza soledad	dolor de estómago	-	fear a la soledad.
1, 7, 12	si	8	casa bar	vino cerveza licores	450	si	si	diaria	ansiedad tristeza soledad	-	-	Soledad. Problemas econó- micos. Olvidar fracaso vida.	
5	si	8	bar casa	cerveza vino licores	200	si	si	si	1 al mes	ansiedad tristeza	-	no	Preocupación problemas pa- dres. Padre alcoholico. Aburrimiento. Tláldez.
1, 2, 8, 9, 12	si	7	casa	vino licores colonias	450	si	si	si	diaria	tristeza	-	-	No se relaciona con nadie Agresivo e irritabile. Pérdida de memoria y flui- des verbal.
2	si	11	bar	cerveza ginestra	250	ambos	no	no	1-2 semana	aburrimiento tristeza nerviosismo	dolor de cabeza. Cansancio	no	-
1	si	10	casa	cerveza licores	400	si	si	no	1 semanal	tristeza aburrimiento	-	no	Ansiedad ante problemas. Soledad. Duelo pánico.
1	si	11	casa	vino	200	si	si	no	1 semanal	tristeza soledad	-	no	Dificultad expresar senti- mientos. Baja auto-estima. Insomnio. No auto-refuerz

1032

TRATAMIENTO.

POSTRATO

TRATAMIENTO REALIZADO	OBJETIVO TRATAMIENTO	Nº DE SESIONES	Nº DE MESES	Nº DE PUNTOS	LLAMADAS TELEFÓNICAS	CONTROL ANUAL	CONTROL 1º MESES	CONTROL 2º AÑOS	BEBIDA DIARIA	CLASE SERIDA	CONSECUENCIAS FÍSICAS
Relajación. Intento inundación. Frenamiento Asertivo. Tranquilizantes	Abstinencia	14	3	4	5	si	si	si	no	Ginebra	50
Tranquilizantes	Abstinencia	2	15 d.	3	-	no	no	no	no	cerveza vino licorosa	50 1,5,10
Comunicación positiva de la pareja. Asertivo. Relajación. Desensibilización. E. auto-refuerzo. Desensibilización. Extinción vigilancia y auto-refuerzo al marido.	Abstinencia	32	12	0	6	si	si	si	no	vino	60 0
Relajación. Inicio Desensibilización estándar.	Abstinencia	4	1	0	0	no	no	no	no	0	0 0
Fuero social y material. Inundación.	Abstinencia	9	6	2	5	si	si	si	si	cerveza vino	100 1,5,10
Relajación. Desensibilización al alcohol y su padre. Auto-refuerzo. E. Asertivo. Relaciones sociales. Ginebra	bebida controlada	10	4	-	6	si	si	si	no	cerveza	10 0
Alm. Control EE. para prevenir búsqueda de alcohol. Trat. operante con saturación hijos y esposa. Intención escándalo a sus lindeas atención negativos. E. gradual en tareas hogar.	Abstinencia	22	6	-	-	si	si	si	0	0	0 0
Relajación. Registro sobre pautas de consumo y vent. asociados a ello.	bebida controlada	3	1	3	2	si	no datos	no	si	cerveza ginebra	60 0
Relajación. Asertiva de atención a conducta de beber marido.	Abstinencia	4	1	3	1	si familiar	no	no	0	0	0 0
Relajación. Desensibilización muerte sufre. E. asertivo expresión deseos. Interacción aumentat. relac. sociales.	Abstinencia	13	5	-	-	si	si	si	0	0	0 0

S E G U I M I E N T O

S E G U I M I E N T O

1 año

[illegible]

1034

18 meses) SEGUIMIENTO (2 años)

	Nº DE PERDIDAS CONTROL	PERIDA DIARIA	CLASE RENTA	C.C.	CONSEC. FÍSICAS	CONSEC. ESTOMIALES	CONSEC. SINIALES	Nº DE PERDIDAS CONTROL
	1 cada 15 días	si	plancha	250	3,6	7	1,7	1 cada 15 días
	-	NO	SE SAPE		NO SI	SAPE	NO SE SABE	
	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	NO	SE	SABE	NADA	DE ELLE		
	-	no	corroer o sea	50	5, 10	3,7,12	3	1 al mes
	0	no	corroer	10	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	-		NO SE SANE NAD	DE ELLE	NO DA DATOS			
	-		NO SE SANE NAD	DE ELLE				
	0	0	0	0	0	0	0	0

404 - 12

7.- DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los datos indican tres resultados fundamentales:

1) El modelo conductual para el tratamiento del alcoholismo es altamente eficaz y positivo, 2) sujetos calificados como alcohólicos (gamma-alcohólicos, Jellinek) -- aprenden y mantienen una pauta de consumo de bebida moderada y controlada de manera estable a lo largo de un período de dos años. 3) La práctica continuada de la bebida controlada lleva al sujeto a un proceso progresivo de normalización de su consumo, es decir lo que en un principio es una decisión deliberada de control de su bebida, se convierte en una conducta automática (bebida moderada).

La complejidad existente en una adecuada evaluación del tratamiento en alcoholismo, exige utilizar una variedad de índices de mejoría que den una información no sólo de su conducta de beber sino también de su salud física y psíquica y de su estabilidad familiar y social.

El primer dato interesante en la evaluación del tratamiento es el pequeño porcentaje de sujetos que se perdieron en el tratamiento y posteriores seguimientos. Al cabo de dos años de haber iniciado el tratamiento se conocía y tenían contactos con el 80% de los sujetos del grupo inicial. La mayoría de los sujetos que se perdieron en el comienzo del tratamiento, fueron vistos en primera entrevista a finales del mes anterior a las vacaciones de verano por lo que se puede suponer que su no permanencia en el tratamiento se debió a no haber podido establecer una relación terapéutica suficiente como para mantenerlos. Aunque en nuestros datos no se han hecho conjeturas sobre la situación de recuperación de los sujetos perdidos, se tiene información en la li-

temperatura de que los sujetos más difíciles de localizar están peor que los otros sujetos del mismo grupo. - Sobell y Sobell (1976) apoyan con sus datos esta afirmación. Ellos localizaron en sus seguimientos a 69 de los 70 sujetos iniciales. De esos 69, 5 sujetos fueron especialmente difíciles de localizar y al final lograron contactar con ellos fuera del plazo de seguimiento correspondiente. Los cinco sujetos estaban peor que el resto de su grupo: dos estaban mucho peor que todos, - dos estaban funcionando moderadamente por debajo del - promedio de su grupo y uno funcionaba ligeramente peor.

Esta mayor permanencia de los sujetos en los -- tratamientos conductuales en relación con tratamientos más tradicionales (Santo Domingo, Calvo y Solano 1978) parece que puede ponerse en relación con la posibilidad ofrecida en los tratamientos conductuales de dos posibles objetivos de tratamiento: la abstinencia y la bebida controlada. Estudios comparativos (Miller, 1987; Pomerlean y Adkins, 1980) entre tratamiento tradicional cuyo único objetivo era la abstinencia y un tratamiento conductual cuyos objetivos posibles eran tanto la bebida controlada como la abstinencia, encuentran - una diferencia ampliamente significativa en el porcentaje de sujetos que se pierden en el tratamiento tradicional frente al conductual. Podría pensarse que cuando a los sujetos alcohólicos se les plantea únicamente la abstinencia total y para siempre, un porcentaje de ellos no se consideran capaces de conseguirla y no -- vuelvan. En el enfoque conductual, especialmente de amplio espectro, y desde luego en el presente estudio --

también una de las razones fundamentales para adscribir a un sujeto a un programa de bebida controlada -- era su deseo de intentarlo, bien porque hubiese fracasado en el intento de conseguir una abstinencia total bien por otras razones, tales como que en su medio social fuera difícil tener que estar siempre sin beber nada. Con una cierta frecuencia en el medio del sujeto y dadas las características de consumo habitual de alcohol de nuestra sociedad, el individuo (especialmente varón) suele recibir refuerzos y señales para realizar una bebida moderada que le pueden ayudar a sujeto alcohólico a mantener esta pauta de conducta, en tanto que la conducta de abstinencia total puede ocasionarle castigo social (bromas de los compañeros, -- etc.). Si el sujeto puede aprender a beber de forma controlada, cuando beba una cierta cantidad de alcohol podrá mantenerse en los límites de bebida de los bebedores sociales, pero si sólo tiene la posibilidad de la abstinencia y el sujeto bebe alguna cantidad, las alternativas que generalmente le quedan son: o mentir al terapeuta o no volver al tratamiento. Por supuesto que si un alcohólico, bien por su salud o por su imposibilidad de hacer una bebida controlada, tiene que llevar una abstinencia total tendrá que aprender a manejarse ante las ofertas de su medio social para beber e incluirse este aprendizaje en el tratamiento.

Otro dato importante de los resultados es que los sujetos que permanecieron en el tratamiento mostraron una mejoría muy sustancial en una serie de índices específicos: El consumo diario de bebidas alcohólicas

Que era la pauta habitual del grupo en el pre-tratamiento, cambia en la mayoría de los sujetos a una -- pauta de consumo alterno, espaciado, semejante o incluso inferior a la pauta que realiza la población - general de bebedores ligeros sin problemas (Santo Domingo, 197). El tipo de bebida consumida que en el pretratamiento era fundamentalmente de alta graduación (licores) cambia en el postratamiento y seguimiento a la utilización de bebidas de baja graduación es pecialmente cerveza y vino rebajado. No es de sorprender estos cambios ya que como parte integrante del -- programa de tratamiento de bebida controlada se les pedía a los sujetos beber en días alternos, y consumir bebidas de baja graduación o rebajar las bebidas más fuertes. Estos cambios en la forma de beber tienen una repercusión muy importante en la cantidad de alcohol - absoluto consumido. Mientras que anteriormente al tratamiento el promedio de consumo diario de alcohol absoluto era de 300 c.c., después del tratamiento y en los seguimientos no superó los 50 c.c. (equivalente a dos copas de licor) de consumo de alcohol absoluto y por - supuesto no era un consumo diario. Sólo un porcentaje mínimo de sujetos (un 10% aproximadamente) bebía cantidades superiores a los 100 c.c. de alcohol absoluto - después del tratamiento. Así pues, un gran número de sujetos consigue obtener bien una pauta de abstinencia bien una pauta de bebida controlada después del tratamiento. Estas pautas, sin embargo, son fluctuantes, de forma que algunos sujetos de bebida controlada mantienen períodos amplios de abstinencia y sólo beben en de

terminados acontecimientos, o viceversa algunos sujetos que hacen abstinencia, mantienen períodos de tiempo con una cierta bebida controlada.

La tasa de sujetos que no pierde el control durante largos períodos de tiempo oscila entre el 70% y 80% de los sujetos tratados. El fenómeno de la pérdida de control tan controvertido teóricamente por -- ser el elemento definido por Jellinek como característico del alcohólico-enfermo, aparece en nuestros sujetos como una conducta compulsiva discriminativa que -- necesitó en la mayoría de los casos tratamiento en relación a la ansiedad que les suscitaba. Como el ciudadano medio cree que se es alcohólico para siempre, y si se bebe una copa se acaba borracho, nuestros sujetos tenían en gran medida un fuerte temor a perder el control. Este temor a la pérdida de control fué especialmente tratado con técnicas de inundación y desensibilización que parecieron tener una influencia directa en el descenso de la tasa de la pérdida de control. Ahora bien, ya que no se ha hecho un control adecuado que permita una afirmación semejante, nuestra impresión queda como hipótesis de estudio para alguna investigación posterior.

Ya que todos los sujetos que habían descendido su tasa de consumo a límites muy moderados, o nulos, habían incrementado su salud física y psíquica y su estabilidad familiar y social en la misma medida, la tasa relativa de mejoría de nuestro grupo es de aproximadamente el 70% de los sujetos y esto durante, al menos, dos años de seguimiento. Estos resultados son

similares a los publicados en la literatura tales como la revisión publicada por Emrick (1974), como los datos de tratamiento de el NIAAA y publicados por la Rand Corporation (1976, 1980) en sendos seguimientos de 18 meses y 4 años.

Dado que existe una gran variedad de criterios de recuperación según los estudios y que en ocasiones altas tasas de recuperación se han atribuido a criterios excesivamente poco exigentes, se ha intentado -- ser lo más riguroso posible ofreciendo una definición de recuperación basada en criterios combinados de can tidad, frecuencia de bebida y trastornos, semejantes a los ofrecidos por el N.I.A.A.A. y el N.C.A. Esta definición de recuperación plantea tres tipos posibles de resultados: sujetos abstinentes durante un período de tiempo largo (6 meses), sujetos abstinentes durante un periodo de tiempo corto (1 mes), y bebedores -- normales en cantidades moderadas. Con este criterio -- estricto de recuperación la tasa de buenos resultados en el postratamiento es del 75% de los sujetos, repar tidos en los tres niveles de recuperación, y del 60% de buenos resultados en el seguimiento de dos años. - Ninguno de estos sujetos que permanecía recuperado a los dos años estaba incluido en la categoría de absti nentes de corto plazo. Dos aspectos son importantes -- de señalar aquí: el problema de considerar como recuperados a aquellos sujetos que habían hecho períodos de abstinencia durante un período de tiempo corto, y el problema teórico que se plantea en el tratamiento del alcoholismo, la obtención de buenos resultados y

estables en sujetos que beben de forma controlada durante largos períodos de tiempo sin pérdidas de control, ni trastornos aparentes y que previamente habían sido categorizados como "alcohólicos".

Por lo que respecta a los sujetos que hicieron abstinencia durante un corto tiempo, no sólo tienen un mal pronóstico en nuestros sujetos sino que también en otros estudios con seguimientos largos. Una mayor frecuencia de muertes ocurridas a causa del alcohol - se da en este grupo de sujetos alcohólicos y parece - ser que a este corto tiempo de abstinencia le siguen períodos de bebida muy cuantiosa y grave (Rand Corporation, 1980). El intento de explicación de esta diferencia entre este grupo de abstinentes y aquellos - - otros que mantuvieron su abstinencia por un período - de tiempo mayor ha sido doble: una explicación podría ser que ambos grupos de sujetos fueran diferentes en el inicio del tratamiento. Por ejemplo, que los sujetos abstinentes de largo plazo tuvieran una pauta de su conducta de beber más estable y favorable a la abstinencia, mientras que los abstinentes de corto plazo fueran más inestables. En este caso, la tasa de recaídas de este grupo no sería representativa del conjunto de sujetos cuya recuperación fuera la abstinencia y no deberían incluirse en ellas. Por otro lado si -- los dos grupos no fueron inicialmente diferentes, en este caso la abstinencia durante un corto período de tiempo sería una fase de riesgo por la que podrían pasar todos los alcohólicos, en las primeras fases del tratamiento. En nuestro caso, los sujetos que realiza

ron esta pauta de abstinencia a corto plazo presentaban una problemática de separación y falta de soporte y apoyo familiar en el tratamiento que les asemeja a aquellos sujetos que están incluidos en las no recuperaciones. Es sugestivo suponer que este intento de abstinencia no logró mantenerse al no recibir refuerzos suficientes en el medio próximo del sujeto, pero se necesita más investigación posterior para -- aceptar o rechazar que la pauta de abstinencia de -- larga duración esté en relación con las contingencias reforzantes de los familiares de los sujetos que la realizan.

La consideración de la bebida controlada como pauta de recuperación era precisamente el objetivo fundamental de este trabajo. El haber incluido esta orientación de la bebida controlada como remisión se apoya en un número sustancial de seguimientos y tratamientos en la literatura cuyos resultados muestran proporciones variadas de alcohólicos que beben de -- forma controlada y sin aparentes dificultades ni trastornos. También se apoya en el análisis de las recaídas de los sujetos en los seguimientos. En general, -- la tasa de recaídas en el grupo de bebida controlada es similar a el grupo que practicó la abstinencia durante un largo período de tiempo, sin que en ello -- tuvieran influencias características pretratamiento, tales como la gravedad del síndrome de abstinencia, indicativo de signos de dependencia grave o la forma de beber con pérdida de control indicativa del llamado alcohólico-gamma.

Ni nuestros datos, ni los datos de la literatura dan pié para creer que una pauta de bebida controlada/ moderada sea un preludio para la recaída. El porcentaje de sujetos que mantuvo una pauta estable de bebida controlada no es muy numeroso, 18% , pero tampoco es numeroso el porcentaje de sujetos que mantuvieron la abstinencia de forma estable (22%). El resto de los sujetos en recuperación estable (14%) fluctuó entre ambos tipos de pautas. No se saben con seguridad las causas de estos cambios, pero los sujetos afirmaron que en ocasiones les resultaba menos costoso tomar una decisión de no beber nada durante un tiempo que tomar esa decisión de una forma más continuada. Aunque esta situación nos lleva a un tema importante que es la distinción entre bebida controlada y bebida normal, lo tocaremos más adelante en la discusión.

Con respecto al problema de las recaídas tan frecuentes en los sujetos en tratamiento, nuestros datos ofrecen un resultado que necesita ser señalado. La frecuencia de las recaídas no se da por un igual en todos los momentos de seguimiento, sino que son más numerosas en el primer seguimiento. Posteriormente los resultados vuelven a estabilizarse en los seguimientos de los 18 meses y dos años. Esta situación es similar a la encontrada por otros investigadores que informan que la probabilidad de recaídas es mayor en los primeros meses después de finalizado el tratamiento. Una explicación podría ser el que la conducta adecuada de manejo de alcohol (abstinencia o bebida con-

trolada) no estuviera todavía demasiado afianzada en el sujeto y compitiera en probabilidad de aparición con la conducta de abuso de alcohol. Sea o no esta la explicación, se ha aconsejado de manera reiterada la necesidad de sesiones de control y recondicionamiento en el tratamiento de los alcohólicos, especialmente en estos primeros meses cuando el sujeto se enfrenta nuevamente a un medio en el que el consumo de alcoholes de alta graduación está asociado a múltiples estímulos y situaciones, y la necesidad de aprender a ejercer su propio auto-control está continuamente a prueba.

Ha existido siempre un gran interés entre los estudiosos del alcoholismo por intentar aislar aquellos factores que supuestamente facilitan los buenos y malos resultados de la intervención terapéutica. Es difícil que las variables que se cree son signo de recuperación o fracaso coincidan de unos estudios a otros y en muchos no se encuentra ninguna relación -- entre las características estudiadas en sus sujetos y las recuperaciones. Aparece, sin embargo una cierta tendencia a asegurar que determinadas características de los sujetos predicen, en alguna manera, los resultados. Pero los correlatos que se han obtenido distan mucho de ser elevados de forma que muchas recuperaciones se dan a menudo de forma prevalente entre los sujetos de peor pronóstico. En nuestros datos y sin tener en cuenta el tipo de recuperación que hayan conseguido los sujetos (abstinencia - bebida controlada) - se observan más tendencias coincidentes con algunos - otros autores (Pomerlean, Adkins, 1980, Vogler, Weissbach y Compton, 1977).

Variables de mejor pronóstico parece ser la edad, los sujetos mayores tienen mejores resultados que los más jóvenes. Si la capacidad de control - está conservada, el pronóstico de recuperación es - muy alto. También tienen más probabilidades de éxito los sujetos con un buen soporte familiar y que - coopera en el tratamiento. Ser soltero, o separado es un factor de pronóstico negativo, y la inestabilidad en el trabajo, especialmente el paro, es una variable que incide en los resultados de forma desfavorable. La variable sexo marca una diferencia entre - las recuperaciones y no recuperaciones. Ser mujer es un factor de peor pronóstico que ser hombre. Las mujeres se han perdido con más frecuencia que los varones. La explicación de este hecho no es fácil de realizar. Primero las mujeres son un grupo de población de alcohólicos menos frecuente, al menos por lo que respecta a acudir en busca de tratamiento. Si en nuestros sujetos, las mujeres representan aproximadamente un tercio del total, en la mayoría de los estudios publicados ni siquiera aparecen. Por otro lado, se ha supuesto generalmente que la mujer alcohólica bebe de forma más patológica que el varon alcohólico que hace más un consumo social aunque a veces tenga episodios de pérdida de control. Nuestras mujeres, desde luego, beben de forma solitaria y oculta la mayoría de ellas, generalmente en casa y su inicio del hábito alcohólico ha sido consecuencia de factores neuróticos, es decir, el alcohol les ha cumplido una función instrumental desde el primer momento. No obstante también se ha observado que en las mujeres no recuperadas el apoyo -

familiar al tratamiento no se dió, lo cual complica aún más la interpretación de los datos. Cual de es tas características o cual interacción de ellas sea la responsable de este peor pronóstico queda aún - por investigar. Pero a los terapeutas nos parece im portante que se ponga a prueba la importancia de es te factor de colaboración familiar en el tratamiento que nos ha parecido que incide de forma primordial - tanto si la persona que consume de forma abusiva alcohol es varón o mujer.

Sin embargo, no hemos encontrado que la gra vedad de las complicaciones físicas y psíquicas de - los sujetos en el pretratamiento sea un índice de -- buen o mal pronóstico, ni tampoco la cantidad y fre- cuencia de alcohol absoluto consumido.

Respecto a los terapeutas no hubo diferencias entre sus resultados, repartiéndose las recuperacio- nes y no recuperaciones de forma similar entre ambas. Por ser las dos terapeutas femeninas, no se puede sa ber si la variable sexo en el terapeuta ha sido rele vante en la obtención de tan positivos resultados.

En cuanto al tratamiento si parece existir un factor que incide de forma significativa sobre las - recuperaciones, y este factor es la cantidad de tra- tamiento que el sujeto recibe. Actualmente se recono- ce que un problema fundamental del tratamiento de los sujetos con problemas de alcohol es retenerlos el tiem po suficiente como para proporcionarles la ayuda nece saria. A esta tendencia a perderse en el inicio se une

otra muy común también y es la existencia de una pau
ta de tratamiento periódico en el que el sujeto altern
na fases de tratamiento y no tratamiento. Tal es así
que en ocasiones (Sobell y Sobell 1976, 1980) se ha
considerado como resultado positivo de tratamiento el
que posteriormente al contacto más o menos largo de -
un sujeto alcohólico con un centro de tratamiento, se
haya puesto en contacto con otro grupo de tratamiento
diferente. Nuestros sujetos recibieron el tratamiento
a veces con un tiempo entre sesiones de más de un mes
de diferencia, jugando un papel decisivo en el mante-
nimiento del tratamiento los contactos por carta y --
por teléfono que se hacían. Parece esto tan important
te que la discreta diferencia de resultados a favor -
de los sujetos de bebida controlada frente a los de -
abstinencia, no puede ponerse en relación más que con
un número mayor de contactos telefónicos que se hicier
ron con este grupo de sujetos. El resto de variables
de tratamiento, tales como número de sesiones y distrib
bución de meses no presenta diferencias entre ambos -
grupos. En general, los sujetos que recibieron más can
tidad de tratamiento tienen resultados mejores y más -
estables que los sujetos que recibieron pocas sesiones
de tratamiento.

Bebida controlada y Abstinencia

El objetivo de este trabajo se ha confirmado ampliamente. El grupo de sujetos que se orientó a la bebida controlada en su tratamiento ha conseguido -- una pauta de bebida controlada y estable que se ha -- mantenido a través de los seguimientos. De los 10 su jetos que recibieron esta orientación y para los cua les se diseñó un programa específico, basado fundamenta lmente en la enseñanza de pautas de bebida moderada refuerzo social por conseguirlo y manejo de la ansiedad ante la pérdida de control, siete mantienen esta forma de recuperación, bebiendo moderadamente, sin -- perder el control, sin complicaciones ni trastornos y sin recaídas. A los dos años de realizado el tratamiento, este grupo de sujetos bebe una cantidad de alcohol absoluto promedio menor que lo común a la población ge neral de consumidores ligeros (Santo-Domingo, 1970).

El típico bebedor "controlado" de nuestra muestra bebe un promedio de 20 c.c. de alcohol absoluto, -- generalmente cerveza, no bebe todos los días y además, lo hace socialmente.

Una vez como en otros estudios, algunos de los sujetos orientados a la abstinencia se encuentran en -- el postratamiento realizando un consumo moderado y con trolado de bebidas alcohólicas. Ahora bien, este grupo de sujetos no mantiene esta pauta de forma estable y -- en los seguimientos o han pasado a la abstinencia o a una bebida copiosa y solo uno mantiene esta pauta durante todo el tiempo. Ya que los sujetos de ambos grupos --

eran homogéneos en las características pretratamiento más relevantes y que a cada sujeto se le hizo un tratamiento individualizado basado en su análisis -- funcional, se puede suponer que la mayor frecuencia de sujetos con pautas de bebida controlada estables se deben a las características especiales del programa de bebida controlada.

Durante todo nuestro estudio se ha mantenido el termino bebida "controlada" y no el de bebida -- "normal" porque a mi juicio existe una diferencia sustancial que no se puede por menos de plantear. El termino bebida "controlada" sólo supone que el sujeto -- cuando consume alcohol lo hace de forma que no supera unos límites a partir de los cuales no puede pararse, y esto podemos decir que ha ocurrido en nuestros sujetos sin lugar a dudas. Sin embargo, no todos consiguen beber sin tomar una decisión en el momento de comenzar a beber. Es decir que al menos durante largo tiempo, -- los sujetos que previamente han sido alcohólicos, beben haciendo una decisión consciente de que van a beber sólo una cierta cantidad de alcohol y además esta cantidad está decidida a priori y no se puede sobrepasar. -- En tanto que el bebedor "normal" no parece que realice esa decisión tan explícita. Para Pattison un sujeto ha ce bebida normal cuando el sujeto ya no bebe de forma instrumental y ha cambiado el sentido del consumo de -- alcohol, pero no es "normal" si esto no se cumple a pesar de que lo haga controlada y socialmente. Por supuesto que algunos sujetos informan a veces de bebida normal en alguna situación social determinada, pero el --

proceso por el que se ha llegado a ello no está claro; mi hipótesis que necesitará por supuesto comprobación, es que al cabo de un largo tiempo que el sujeto ha bebido sin perder el control, el temor a las pérdidas de control disminuye y esta eliminación de la ansiedad facilita esta "normalización". En cualquier caso, ahí queda la sugerencia.

Los datos sobre esta posibilidad de bebida controlada en sujetos alcohólicos plantea el tema polémico de la explicación teórica de la dependencia. El modelo tradicional, que explica el alcoholismo como una enfermedad, es un modelo dicotómico que atribuye las causas de la dependencia alcohólica a características biológicas del sujeto que la presenta. Esta teoría necesariamente tiene que concluir que una vez que una persona ha llegado a ser alcohólica la única forma de recuperación es la abstinencia permanente. Se admite la existencia de diferentes problemáticas por el consumo de bebidas alcohólicas, pero al sujeto se le considera alcohólico si presenta el síndrome de abstinencia, tiene una tolerancia aumentada y pierde el control. Esta pérdida de control marca esta diferencia entre persona enferma alcohólica o no pero no se ha podido presentar más diferencias biológicas claras -- entre ambos grupos de sujetos. Si esto fuese así, entonces los sujetos con trastornos característicos del síndrome de abstinencia y pérdidas de control que volvieron a beber de forma moderada deberían tener más probabilidades de recaídas y falta de recuperación que los sujetos que hicieron abstinencia. Pero tal relación

no ha podido establecerse ni con nuestros datos ni con los datos de la literatura actual. Por tanto se podría suponer que tal modelo no es correcto, al menos para un subgrupo de alcohólicos, cuyas características diferenciadoras no se han podido identificar hasta el momento.

Nuestros hallazgos se adecúan más a un modelo de alcoholismo, en que la conducta de beber es una variable continua que oscila desde los sujetos que no consumen nada de alcohol a los sujetos con un consumo excesivo. El sujeto con una dependencia al alcohol se caracteriza por un consumo frecuente y repetido de la sustancia que le permite escapar o evitar situaciones aversivas. El consumo de alcohol es reforzado así asociándose a un número variado de estímulos discriminativos que -- después de miles de repeticiones tiende a experimentar-se como una conducta compulsiva. El sujeto con un consumo excesivo de alcohol adquiere una respuesta muy probable y generalizada ante las situaciones de estrés como resultado de sus cualidades reforzantes. El abuso de alcohol se considera una pauta de conducta aprendida, mantenida por numerosas señales antecedentes y reforzantes uno de los más importantes sería el bienestar físico, - el conseguir sensaciones corporales positivas. Estos antecedentes y reforzadores pueden ser fisiológicos, - psicológicos y sociales. Tales factores, como la reducción de la ansiedad, el incremento de la interacción social, la aprobación de los iguales, o la evitación de los síntomas de abstinencia mantienen el abuso de la bebida alcohólica. La pérdida de control se entiende como una conducta compulsiva, determinada - - por factores psicológicos, tales como la ansiedad o el

refuerzo social y no por mecanismos fisiológicos. Si un sujeto cree que máximas tales como "una vez alcohólico, siempre alcohólico" o "una copa una borrachera" son verdad, las probabilidades de que esta profecía se cumpla son enormes (N.I.A.A.A., Rand Corporation, 1980). Y por supuesto que la mayoría de los -- profesionales de la salud que se ocupan del tema del alcoholismo y la mayoría de los sujetos que acuden al tratamiento creen en estas máximas. Por eso, los resultados obtenidos no llevan necesariamente a suponer que un número amplio de sujetos con problemas de alcohol puedan llegar a beber de una forma controlada, debido al tratamiento realizado. Pero tampoco parece que eso se consiga fácilmente con la abstinencia. Por supuesto que algunos alcohólicos tienen unas alteraciones físicas irreversibles y otros han fracasado en conseguir una bebida controlada; en estos casos la única alternativa de tratamiento es la abstinencia.

Es posible también que muchos sujetos alcohólicos prefieran resolver su problema de bebida con un modelo explicativo de enfermedad, que le sanciona como enfermo y le elimina el estigma social de "vicioso". Este modelo le exige abstinencia como única solución. Por otro lado, un modelo conductual exige una colaboración activa tal como observar y registrar sus antecedentes, su conducta de beber y sus consecuencias; además le pide que aprenda determinadas estrategias para controlar su consumo y cambios importantes en sus relaciones con el medio. Incluso en este caso de aceptación de un modelo de aprendizaje, el modo más eficaz

para eliminar el síndrome de abstinencia puede ser el realizar un periodo inicial sin ningún consumo de alcohol. Pero una vez que los efectos del síndrome de abstinencia se han eliminado y el sujeto ha fracasado o por sus condiciones rechaza la abstinencia para -- siempre, parece injusto y además erróneo científicamente el no admitir que algunos de estos sujetos lleguen a recuperarse con una pauta de consumo moderada y con control, y no plantearles un tratamiento con orientación a la bebida controlada.

El que esta orientación sea difícil y lleve mucho tiempo de trabajo no parece tampoco ser un argumento para rechazarlo, ya que supone no solo un incremento de sujetos que van a intentar el cambio, sino también recuperaciones posibles que dan esperanza en un campo en el que la recuperación de la salud de los sujetos es tan necesaria.

RESUMEN Y CONCLUSIONES GENERALES

RESUMEN Y CONCLUSIONES GENERALES

1.- El tratamiento realizado se ha basado en un enfoque conductual del alcoholismo. Tomando como base la insuficiencia del modelo médico tradicional en la explicación de la adquisición y mantenimiento del abuso del alcohol y del fenómeno de la pérdida de control, se ha defendido la utilización de un modelo de aprendizaje. Este modelo conductual ha estudiado de forma experimental las variables que mantienen e incrementan el consumo de alcohol, las variables que llevan al sujeto a volver a beber después de un largo período sin hacerlo y aquellas que producen en el sujeto el fenómeno de la pérdida de control. Desde otra perspectiva, la conducta de beber se considera como una variable continua, cuyo rango oscila desde el abstinencia total hasta el individuo con un consumo excesivo y unas pérdidas de control diarias. Los resultados del trabajo apoyan este modelo, confirmando la posibilidad de un manejo terapéutico de la dependencia alcohólica mediante un tratamiento individualizado en el que puede incluirse como objetivo positivo tanto la abstinencia como la bebida controlada.

2.- Se han revisado y comentado tanto las características del modelo moral y médico como las del modelo conductual, con las ventajas e inconvenientes de cada uno. Se discuten especialmente los trabajos en que aparece información sobre la posibilidad de que algunos sujetos

alcohólicos puedan realizar una bebida controlada. Estos estudios se han diferenciado en tres áreas: revisiones de seguimientos en alcohólicos, tanto tratados como no tratados; estudios experimentales en el laboratorio sobre la pérdida de control y las características de consumo de los sujetos alcohólicos; tratamientos con una orientación específica a la bebida controlada. Se señalan los ingredientes básicos del tratamiento conductual para obtener la sobriedad y recuperación de los sujetos con problemas de alcohol, y los ingredientes específicos de un tratamiento con orientación a la bebida controlada.

3.- Se ha explicado la conducta de beber, como una conducta aprendida, que se mantiene por numerosas señales antecedentes y consecuencias reforzantes. Entre las consecuencias más importantes se señala la reducción de la ansiedad, la pertenencia a un grupo, la facilitación de las relaciones interpersonales y la evitación del síndrome de abstinencia.

4.- La revisión de los tratamientos conductuales de la dependencia alcohólica ha permitido obtener información de las variables más relevantes para incrementar las probabilidades de éxito en el tratamiento. Tanto en la orientación a la abstinencia como en la orientación a la bebida controlada se ha considerado esencial la realización de un tratamiento individualizado basado en el estudio de las relaciones entre la conducta abusiva de beber, las señales antecedentes que la elicitan y las conse-

cuencias que la mantenían.

5.- El tratamiento se ha diseñado sin incluir terapia aversiva. Esta decisión se ha basado en los resultados comparativos entre grupos tratados con terapia aversiva y grupos tratados con terapia sin componentes aversivos. Estas comparaciones no han logrado demostrar que la terapia aversiva incremente la eficacia de los tratamientos y parece que los resultados pueden atribuirse más a factores cognitivos especialmente de expectativas de cambio en paciente y terapeuta que al condicionamiento aversivo en sí mismo.

6.- El objetivo fundamental del trabajo ha sido presentar evidencia de recuperación estable en el tratamiento de un grupo de sujetos clasificados como enfermos - alcohólicos, utilizando un programa terapéutico basado en un modelo conductual y con dos orientaciones como - objetivo final de tratamiento: la abstinencia y la bebida controlada. Los elementos básicos del tratamiento han sido: a) la utilización de un análisis funcional - como medio fundamental de diseño del tratamiento. b) enseñanza a pacientes y familiares de una nueva conceptualización del alcoholismo. Explicación del fenómeno del abuso de la bebida y de la pérdida del control desde una perspectiva de aprendizaje, planteamiento del - tratamiento como un proceso progresivo de cambio, en el que se da un descenso paulatino de la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de bebida excesiva y descontrolada. c) entrenamiento a familiares en la utilización del refuerzo social a la sobriedad del pacien-

te y extinción de dicho refuerzo a los episodios de descontrol. d) Tratamiento de la ansiedad de los familiares ante la bebida del paciente. e) Utilización de técnicas de tratamiento adecuadas a los problemas específicos que elicitán y mantienen la bebida tales como la ansiedad, las dificultades de interacción social, etc. f) Realización específica de contactos - para no perder al paciente utilizando especialmente teléfono y cartas.

En el tratamiento con orientación a la bebida controlada, se exigió el cumplimiento de unas pautas de consumo concretas, que debían conseguirse en un - período de tres o cuatro meses. Entre las pautas se destaca la no bebida diaria, beber como máximo 50 c.c. de alcohol absoluto, beber en compañía y acudir a - la consulta sin beber.

Los resultados han mostrado una gran eficacia en la recuperación de los pacientes, tanto si éstos habían sido orientados a la abstinencia como a la bebida controlada. Esta recuperación ha sido estable, no sólo por lo que respecta a la sobriedad en la bebida sino también a las complicaciones físicas, psíquicas y sociales relacionadas con el consumo abusivo de alcohol.

El tratamiento ha exigido un gran número de hbras de trabajo y dedicación además de unos profesionales con gran conocimiento y experiencia. Conviene resaltar que en el proceso terapéutico se presentan fluctuaciones en la conducta del sujeto de forma que pueden

llevar al desánimo tanto al paciente como al terapeu
ta. Ahora bien, si se logra que el paciente permanezca
un tiempo suficiente en el tratamiento, las probabi
lidades de éxito con este modelo teórico son elevada
das.

7.- Ni nuestros datos, ni los datos de la literatura delimitan con total claridad cuáles son las características que facilitan el conseguir una recuperación estable haciendo una bebida moderada. Parece no obstante existir un cierto consenso en considerar que - tal objetivo debe intentarse con pacientes que hayan fracasado anteriormente en conseguir una abstinencia con pacientes que lo pidan y tengan un buen soporte - familiar y con aquellos pacientes que tienen en su me
dio muchas presiones para beber socialmente. Y por su p
uesto con todos aquellos que se vayan a perder si en los primeros momentos se les pide la abstinencia total, independientemente de que a posteriori, si no puede -
manejarse con la bebida controlada, se vuelve a plan-
tear la abstinencia total.

8.- El objetivo de bebida controlada no se considera - una meta de tratamiento para todos los pacientes que a
cuden a tratamiento, sino para un grupo relativamente pequeño que debe cumplir una serie de características.

9.- En conclusión, el trabajo ha confirmado la utilidad de una aproximación conductual en el tratamiento del -

abuso de alcohol y ha corroborado la posibilidad de que la bebida controlada es un resultado posible, - positivo y estable al menos para un grupo reducido de sujetos alcohólicos.

431

8.- ANEXOS

[illegible]

Sentimientos Físicos

A: Dolor de cabeza
B: Se siente bien
C: Agotado

C.A.V.O., R. SOLANO, C.

Nombre :

[illegible]

Sentimientos emocionales

- | | A: | B: | C: | D: | E: | F: | G: |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Contenido | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Aburrido | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Servicios | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Traqu coast | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Triste | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Enfadado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Retenido | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Percepciones físicas

- A: Dolor de cabeza D: Resfriado
B: Se siente bien E: Enfermo
C: Agotado F: Cansado

E. AYO, R. SOLANO, C.

EVALUACION Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Sobell, Maisto, Sobell, Cooper, Cooper y Sanders : 1.900

A) Características pretratamiento

Edad _____

Educación _____

Etnicidad _____

Estado civil _____

Estatus profesional _____

Situación de Empleo _____

Ingresos Económicos _____

Nº días con empleo _____

Problemas con la policía _____

B) Variables sobre Problemas de Bebida y Salud

Nº de años de problemas de bebida _____

Nº de arrestos por embriaguez pública _____

Nº de arrestos por conducir borracho _____

Nº de hospitalizaciones relacionadas con el alcohol _____

Nº de veces separado o divorciado por alcohol _____

Blackouts (Anécdotas) _____

Síntomas de abstinencia previos _____

Problemas de hígado _____

Otros problemas de drogas _____

Tratamientos anteriores _____

C) Variables de Problemas de bebida — 12 meses (360 días) pretratamiento.

Disposición de bebida diaria

Nº de días abstinentes, 12 meses pretratamiento _____

Nº de días bebiendo 3 onzas o menos alcohol absoluto (12 meses antes) _____

Nº de días bebiendo más de 3 onzas (12 meses antes) _____

Nº de días prisión por alcohol (12 meses antes) _____

Nº de días hospital por alcohol (12 meses antes) _____

D) Regimen de disposición de bebida

Por termino medio : los sujetos en el estudio han dedicado sus 12 meses pretratamiento, en relación al alcohol:

Abstinencia _____

Bibida limitada _____

Bebida pesada _____

En prisión _____

En hospital _____

E) Otros datos

Tratamiento ingresado _____

Función hepática : _____

Nº de días de trabajo perdidos _____

Nº de veces expulsado del trabajo _____

PERFIL DE BEBIDA •

Autor : Alan Marlatt (Adaptación Calvo, R.)

Nombre del paciente _____

Entrevistador _____ Fecha _____

Instrucciones al paciente:

Es necesario que usted conteste a las preguntas siguientes para poder diseñar su programa de tratamiento en forma adecuada. Por favor, intente contestar de forma precisa. Si no entiende alguna de las cuestiones, no dude en preguntar para que se las aclaren.

I.- FILIACIONA) Edad y Residencia

1. Edad actual _____ Fecha de nacimiento _____

Día Mes Año

2. Dirección _____ Teléfono _____

3. Nombre y dirección de una persona a través de la cual se le puede encontrar siempre. (Debería ser diferente del anterior)

Teléfono: _____

4. ¿Le ha mandado a esta consulta un médico u otro profesional?

Si _____ No _____ (Si la respuesta es afirmativa, especifique quien) _____

(Nombre)

(Título o posición)

(Dirección)

(Ciudad)

(Teléfono)

B) Situación Familiar

1. Estado Civil : Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Separado _____ Viudo _____

Si está casado(a) Nombre del conyuge _____

¿Vive su esposo(a) con usted? Si _____ No _____

Si vive en diferente lugar ponga su dirección _____

¿Tiene hijos? Si _____ No _____

Si tiene hijos anote : nombre, sexo, y edades de los hijos: _____

2. Si vive alguna otra persona en la casa anótelos (use el reverso de la hoja si necesita más espacio):

Edad _____ Sexo _____ Parentesco _____

C) Empleo e ingresos

1. Trabajo o profesion principal (independientemente de que tenga empleo o no): _____

2. Trabajo actual : _____

por cuenta ajena _____ Por cuenta propia _____

3. Nombre de la empresa _____

Dirección _____ Teléfono _____

4. Ingresos medios por el trabajo _____

5. Tiempo que lleva en el trabajo actual : _____

Años _____ Meses _____ Semanas _____

6. Ingresos adicionales _____ Ingreso total _____

7. ¿Cuántos trabajos diferentes ha tenido en el último año? _____ ¿En los últimos cinco años? _____

E) Historia Escolar

1. Nivel de estudios: Primarios _____ Medios _____ Universitarios _____
2. ¿En que especialidad se ha graduado? _____
3. Anote cualquier otros estudios que posea _____

II.- PAUTAS DE BEBIDA

A) Desarrollo del problema con la bebida

1. ¿Que edad aproximada tenia usted cuando comenzó a beber? _____
2. ¿Que edad aproximada tenia usted la 1ª vez que se intoxicó? _____

Recuerda que bebió en esa ocasión? . Bebida _____

3. ¿Podría describir la forma de bebida habitual de sus padres? . Las formas son : Abstemio, bebedor ocasional, ligero social, bebedor social moderado, bebedor social "pesado" y problemas de alcoholismo. ¿Cual es la categoría que mejor define a su padre? . ¿A su madre? . Anotelo en las categorías siguientes.

PADRE

- Ninguna
- Abstinente
- Bebedor Social, ocasional, ligero
- Bebedor Social moderado
- Bebedor Social pesado
- Problemas de alcoholismo

MADRE

- Ninguna
- Abstinente
- Bebedor Social, ocasional, ligero
- Bebedor Social moderado
- Bebedor Social pesado
- Problemas de alcoholismo

4. ¿Que edad aproximada tenía usted cuando el beber comenzó a ser "un problema real", es decir, cuando el beber comenzó a tener un efecto en su vida que usted consideraba negativo? .

Edad _____ Esto no es un "problema real" _____
 En esa ocasión, cuando el beber se convirtió en un "problema" había ocurrido algún suceso o situación especial al que usted considera el responsable para llegar a ser la bebida un problema? . (Si la respuesta es afirmativa, resuma la situación): _____

5. Antes de que beber fuera un problema real, describa sus hábitos de bebida:

- No lo sé _____
- Abstinente _____
- Bebedor social ocasional o ligero _____
- Bebedor social moderado _____
- Bebedor social frecuente o "pesado" _____
- Otros (especificar) _____

B) Pautas de bebida habitual

1. ¿Qué describe mejor sus hábitos de bebida : bebedor periódico, intermitente (aquel que bebe mucho o se embriaga a menudo, pero tiene periodos de no beber o beber muy poco entre una y otra borrachera) ó bebedor regular ó estable (el que bebe de forma continuada más o menos la misma cantidad y diariamente).

Periódico _____ Estable _____ No sé (o ambos) _____

a) Sección para los bebedores periódicos

¿Cuántas embriagueces ha tenido en los últimos 6 meses aproximadamente? _____

¿Cuanto duran aproximadamente sus embriagueces por término medio? :
 Días _____ Horas _____

¿Que tiempo medio suele haber entre cada embriaguez?

Días _____ Semanas _____ Meses _____

¿Podría describir las circunstancias que le llevan a terminar estos periodos de embriaguez? es decir, ¿qué factores determinaron el que usted pare de beber? _____

440

b) Sección para los bebedores estables

¿Hay algún día de la semana que bebe más que otros días? . Si _____ No _____

¿Cuales? _____

c) Factores asociados con la bebida

1. ¿Bebe algo en la mañana antes del desayuno? . Si _____ No _____

2. ¿Le parece que es usted incapaz de parar de beber una vez que ha tomado una o dos copas, en cualquier ocasión? . Si _____ No _____

Si la respuesta es "Si" ¿porqué cree usted que no es capaz de pararse? _____

3. Después de beber durante un tiempo, ¿ha notado alguna de estas cosas?

- Resaca
- Nausea y/o vomitos
- Episodio de " temblores"
- Anmesias lacunares (lapsos de memorias para los sucesos que ocurrieron mientras estaba bebiendo)
- Sentimientos vagos de miedo y ansiedad
- Convulsiones o crisis
- Sintió o escuchó cosas que no estaban realmente

Si existe alguna otra cosa que le haya sucedido después de beber, especifíquelo _____

4. ¿Piensa que la bebida ha sido la causa de que alguna de las cosas siguientes, le hayan sucedido en la vida?

- Pérdida de trabajo(s)
- Arrestos
- Divorcio o separación
- Pérdida de amigo(s)
- Arruinarse
- Tener un problema físico serio (especifique : _____)

D) Periodos de abstinencia

1. Desde que la bebida fué un problema real para usted. ¿Cual fué el periodo más largo que ha estado sin beber?

Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años _____

¿Cuándo terminó este período? Mes _____ Año _____

a) ¿Podría decir cual fué la principal razón o razones para dejar de beber en esa ocasión?

b) ¿Podría decir cual fué la principal razón o razones para comenzar de nuevo a beber?

2. Ha tenido algún periodo de abstinencia o no-bebida durante los 6 meses pasados? Si _____

No _____ Duración _____

a) Cual diría usted que fué la razón principal para dejar de beber? _____

b) ¿Cual diría usted que fue la razón para comenzar de nuevo a beber? _____

E) Situación de Bebida

1.- Lugares de bebida

Le voy a dar un conjunto de tarjetas cada una de las cuales lleva escrita un lugar donde se puede beber. Me gustaría que luciera 2 cosas con las tarjetas:

1º Coloque las tarjetas en dos montones: en el montón de su izquierda coloque aquellos que lleven anotados lugares donde usted ha bebido al menos alguna vez en los últimos 6 meses o así; en el montón de la derecha coloque las tarjetas con los lugares donde no ha bebido en los últimos 6 meses. ¿Alguna pregunta? Bien comenzamos.
(Esperar a que se termine la tarea)

2º Coja las tarjetas de su izquierda y ordenelas desde el lugar más frecuentado hasta el menos, de forma que la más frecuente quede encima. (Indicar abajo el orden de las tarjetas):

- Taberna o bar (Si seleccionado, señalar el bar favorito; lugar del bar, nombre del barman, si lo conoce):
Nombre del bar : _____
Nombre del camarero : _____
- Restaurante
- En la propia casa
- En casa de otra gente

442

- En el trabajo
- En un club privado
- En festejo social (Ej. : bodas, bailes, etc)
- Mientras conduce
- Añote cualquier otro lugar (si existe): _____

2.- Situaciones Sociales

1º/ Ahora le voy a presentar otras tarjetas con personas con las cuales usted ha bebido varias veces o no. Igual que antes, coloque en el montón de la izquierda aquellas personas con las cuales ha bebido alguna vez en los últimos seis meses y en la derecha aquellas personas con las que no ha bebido en los últimos seis meses. ¿Alguna pregunta? . Bien comenzamos.

(Esperar a que se termine esta exposición).

2º/ Coja el montón de la izquierda y ordénelo desde la persona con la que más veces ha bebido, hasta la persona con la que menos ha bebido, de forma que la persona más frecuente quede encima. (Indicar abajo el orden de las tarjetas).

- Bebo solo
- Bebo con mi mujer (marido)
- Bebo con otros parientes diferentes de mi mujer (marido)
- Bebo con amigo(s) varones (sin que haya mujeres)
- Bebo con amiga(s) (Sin que haya varones)
- Bebo con amigos de ambos sexos
- Bebo con gente desconocida

F) Conductas asociales

1. ¿Fuma usted? . Si _____ No _____ ¿Cuanto fuma al día? :
Mucho (más de 2 paquetes) _____ Moderado (1-2 paquetes) _____ Poco (menos de 1 paquete) _____
Lupa o puros _____
2. ¿Le gusta jugar? Si _____ No _____ ¿Que tipo de juego prefiere? _____
3. ¿Tiene algún tipo de pasatiempo, intereses o hobbies a los que dedicar tiempo y no tienen relación con la bebida? _____

III.- ACTITUDES Y PREFERENCIAS

A) Preferencias y tasas

1. Bebidas preferidas

Ahora le voy a dar otro conjunto de tarjetas en las que hay escritas varias clases de bebidas alcohólicas. Estamos interesados en conocer cuales son sus bebidas favoritas, cuando tiene deseos de beber.

- a) 1º me gustaría que mirase todas las tarjetas para hacerse una idea de conjunto. Después coloque las tarjetas en dos montones : coloque en el montón de la izquierda aquellas que contienen el nombre de las bebidas que le gustaría beber. Si tuviera deseos y si fuese libre de elegir. No tenga en cuenta ni el precio ni la posibilidad de conseguir cada bebida; solo queremos saber su preferencia ideal : como si usted tuviese que elegir lo que quisiera en una tienda de bebidas, sin preocuparse por el dinero. Ponga en el montón de la derecha las tarjetas en las que está escrita alguna bebida que no le gusta beber, cuando tiene posibilidad de elegir. ¿Alguna pregunta? (Esperar hasta que se termine la tarea).

Ahora quiero que coja el montón de la izquierda y ordene las tarjetas de acuerdo con sus preferencias. La 1ª tarjeta debe ser su bebida favorita y así sucesivamente. La tarjeta última debería contener escrita la bebida que menos prefiere elegir. (Indique en la lista de bebidas, en la columna izquierda, el orden de preferencias. Después coja las 3 bebidas preferidas y obtenga la marca preferida (si la hay) y la forma en que le gusta beber al sujeto cada una de ellas: Ej. : combinada, con hielo, etc. Especificar también las marcas de las bebidas con las que combina sus bebidas. Escriba esta información debajo).

1) Bebida elegida en 1º término _____ Marca _____

_____ Forma preferida de beberla _____

2) 2ª bebida elegida _____ Marca _____

_____ Forma preferida de beberla _____

3) 3ª bebida elegida _____ Marca _____

_____ Forma preferida de beberla _____

- b) Bien, ahora quiero que coja otra vez las tarjetas y haga nuevamente dos montones : coloque en la izquierda las tarjetas que llevan escritas las bebidas que usted bebe en la actualidad de vez en cuando, aunque no sean las que más le gustaría beber debido a razones de precio o similar. Ponga en el montón de la derecha aquellas tarjetas en las que estén escritas las bebidas que nunca ha bebido, en la medida en que pueda recordar. ¿Alguna pregunta? . Bien comience.

4 4 4

(Esperar hasta que se termine la tarea).

En segundo lugar, quiero que coja el montón de la izquierda y las ordene en función de la frecuencia de su consumo, es decir de cuan a menudo bebe esa clase de bebida. Ponga la bebida más frecuente en primer lugar y así sucesivamente de forma que la última tarjeta corresponda con la bebida que usted bebe con menos frecuencia. (Indique en la lista de bebidas, en la columna derecha, el orden de las tarjetas. Después coja las 3 de mayor consumo y obtenga la marca de la más frecuentemente consumida y la forma preferida de beber, como antes. Escriba esta información abajo).

1) Bebida consumida de forma más frecuente _____ Marca _____

_____ Forma preferida de beberla _____

2) 2ª bebida _____ Marca _____

Forma preferida de beberla _____

3) 3ª bebida _____ Marca _____

Forma preferida de beberla _____

LISTA DE BEBIDAS

<u>Preferencia</u>	<u>Uso</u>	
_____	_____	Whiskey
_____	_____	Bourbon
_____	_____	Coñac
_____	_____	Ginebra
_____	_____	Ron
_____	_____	Tequila
_____	_____	Vodka
_____	_____	Licores
_____	_____	Cerveza
_____	_____	Sidra
_____	_____	Vino tinto
_____	_____	Vino dulce
_____	_____	Vino blanco seco
_____	_____	Vino blanco dulce
_____	_____	Champán, vino espumoso
_____	_____	Vino con alta producción (20% alcohol)
_____	_____	Alcohol no bebible (loción de afeitar, colonia)
_____	_____	Otros : _____

2.- ¿Cuáles son sus tres bebidas favoritas no alcohólicas?

1ª elección _____ Marca _____

2ª elección _____ Marca _____

3ª elección _____ Marca _____

3.- También estamos interesados en la cantidad de bebidas alcohólicas que usted consume por término medio. Por esta razón nos gustaría que estimase la cantidad media de alcohol que usted bebe en un determinado periodo de tiempo.

a) Durante un día promedio, cuando usted está bebiendo, ¿cuanto bebe? (trate de señalar unidades específicas: nº de botellas o latas de cerveza; cañas o vasos de vino, copas de licor, etc. Use la otra cara de la hoja si le es necesario).

Bebida _____ Cantidad _____ Comentarios _____

b) Durante una semana promedio, cuando está bebiendo ¿cuanto bebe usted?

Bebida _____ Cantidad _____ Comentarios _____

c) (Sólo para bebedores periódicos): ¿Cuanto tiempo le duró su última embriaguez?

Días _____ Horas _____

2. Efectos de la bebida

Nos gustaría conocer también los efectos que tiene el alcohol en usted. Le voy a dar otro grupo de tarjetas en las que están escritos los posibles efectos diferentes de la bebida. Ponga en el montón de la izquierda las tarjetas donde se describen los efectos que tiene el alcohol para usted cuando bebe. Y en el montón de la derecha coloque las tarjetas cuyos efectos usted no tiene cuando está bebiendo. ¿Alguna pregunta? . Bien, comience.

Efectos positivos:	Sentimientos Negativos:	Sentimientos Negativos:
<u>Reducción de tensión</u>	<u>Enfado/Frustración</u>	<u>Ansiedad</u>
___ Contento	___ Enfado	___ Temeroso
___ Relajado	___ Triste	___ Nervioso
___ En paz	___ Deprimido	___ Tenso
___ En calma	___ Solo	___ Excitado
___ Sin temor	___ Frustrado	___ Cansado

446

Sentimientos Positivos	Sentimientos Negativos
<u>Acercamiento Social y Auto-estima positiva</u>	<u>Aislamiento Social y Auto-estima negativa</u>
_____ Seguro	_____ Inseguro
_____ Superior	_____ Inferior
_____ Cercano	_____ Aislado
_____ Amistoso	_____ No-amistoso
_____ Valiente	_____ Cobarde

(Dejar la lista escogida delante del sujeto).

Ahora, mire las tarjetas que ha elegido. Quiero que coja las 5 tarjetas que representen las descripciones más precisas de los efectos que más tiene usted cuando está bebiendo. (Esperar a que el sujeto coja las 5 tarjetas). Muy bien. Ahora ordenelas desde el efecto que más precisamente representa el efecto que tiene en usted hasta el menos, colocando la más "verdadera" encima del montón.

(Escriba los efectos de las cinco tarjetas por orden de precisión).

Comentarios

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

c) Aspectos Motivacionales

1. ¿Ha intentado alguna vez dejar de beber sin ayuda? _____
2. ¿Ha buscado ayuda profesional, o cualquier otro tipo de ayuda, para su problema de bebida? Si _____ No _____
(Si responde sí, pedir al sujeto que especifique el tipo de ayuda)

Fecha _____ Tipo _____

Resultados _____

3. ¿Ha tomado Antabús? Si _____ No _____

Desde _____ Hasta _____

Desde _____ Hasta _____

4. ¿Es actualmente miembro de A.A.? Si _____ No _____

Si responde sí, ¿cuando tuvo el primer contacto? Fecha _____

Si responde no, ¿fue anteriormente miembro de A.A.? Si _____ No _____

(Si lo fué especifique fechas: Desde _____ Hasta _____)

5. Actualmente, ¿cuales son las razones fundamentales para buscar ayuda para su problema de bebida? ¿Que circunstancias le han llevado a venir aquí? _____

6. ¿Cual sería el resultado ideal del tratamiento para usted? es decir, ¿qué resultado de tratamiento considera que es mejor para usted? _____

En su opinión ¿qué posibilidades cree usted que tiene de conseguir este resultado, estimando dicha posibilidad en una escala de 1 a 10? _____

7. Resultados de tratamiento

Le voy a mostrar un grupo de tarjetas donde están escritas diferentes posibilidades de resultados de tratamiento para los problemas del alcohol. Ordene las tarjetas desde el resultado que a usted le gustaría más al que menos le gustaría.

(Poner abajo el número de sus preferencias).

- _____ Me gustaría no beber nada
 _____ Me gustaría llegar a ser un bebedor social ocasional (ligero).
 _____ Me gustaría llegar a ser un bebedor social moderado (promedio).
 _____ Me gustaría llegar a ser un bebedor social "pesado" (frecuente).

8. Defina con sus propias palabras que entiende usted por alcoholismo _____

9. Algunas personas dicen que el alcoholismo es una enfermedad, mientras que otras opinan que no, sino que más bien es un mal hábito que la persona ha aprendido. ¿Como lo ve usted, como enfermedad o como mal hábito? .

Enfermedad _____ Hábito _____

10. ¿Diría usted mismo que es un alcohólico? Si _____ No _____

449

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABRAMS, D. and WILSON, G.: "Effects of Alcohol on Social Anxiety in women: Cognitive vs. Physiological Processes". J. Abnormal Psychology 1979, 88 (2), 161-173.

ALCOHOLICS ANONYMOUS: "The Story of How Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism". 2nd Ed., New York, 1955.

AA, : "The Los Angeles Group of Alcoholics Anonymous". Pamphlet, publication date unknown. Tarter and Surgeman eds.

ALLEN D.W.: "The seven deadly myths of education". Psychology Today 1971, 4, 70-71, 100.

ALLMAN, L.R., TAYLOR, H.A., & NATHAN, P.E. Group drinking during stress: "Effects on drinking behavior, affect and psychopathology". American Journal of Psychiatry, 1972, 129, 669-678.

ALTERMAN, A.I., GOTTHEIL, E., SKOLODA, T.E., & GRASBERGER, J.C.: "Social modification of drinking in alcoholics". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1974, 35, 917-924.

ANANT, S.S.: "A note on the treatment of alcoholics by the verbal aversion technique". Canadian Psychologist, 1967, 8a, 19-22

ANANT, S.S.: "Former alcoholics and social drinking: An unexpected finding". Canadian Psychologist, 1968, 9, 35.

ANANT, S.S.: "Treatment of alcoholics and drug addicts by verbal aversion techniques". Int. J. Addict., 1968, 3, 381.

ANANT, S.S.: "The use of verbal aversion (negative conditioning) with an alcoholic: A case report". Behav. Res. Ther. 1968, 6, 395.

ANDERSON Y RAY : "Abstainers, non-destructive drinkers and relapsers: one year after a four-week in-patient groups alcoholism treatment program". Seixas, F. (Ed.) "Currents in Alcoholism", Grune-Stratton, 1977.

ARGIBIDE : "Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra". Psiquiatría. Estudios Epidemiológicos. Pamplona 1979.

ARMOR, D.J., POLICH, J.M. and STAMBUL, H.B.: "Alcoholism and Treatment". Rand Corporation, Santa Monica, California, 1976.

ARMOR, D.J., JOHNSON, P., POLICH, S., and STAMBUL, H.: "Trends in U.S. Adult Drinking Practices". Rand Corp., Santa Monica, 1977.

ARMOR, DAVID J., J. MICHAEL POLICH, and HARRIET B. STAMBUL: "Alcoholism and Treatment". New York: Wiley, 1978

ASHEM, B., and DONNER, L.: "Covert sensitization with alcoholics: A Controlled replication". Behav. Res. Ther. 1968, 6:7-12.

AZRIN, N.H.: "Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism". Behav. Res. Ther. 1976, 14:339-348

BAILEY, M.B. and J. STEWART.: "Normal drinking by persons reporting previous problem drinking". Q.J. Stud. Alcohol, 1967, 28, 305.

BANDURA, A.: "Principles of behavior modification". Holt, Rinehart and Winston, 1969.

BAKER, TIMOTHY B.; and CANNON, DALE S.: "Taste Aversion Therapy with Alcoholics: Techniques and Evidence of A Conditioned Response". Behav. Res. & Therapy, 1979, Vol. 17, 229-242.

BELL, R.G.: "Normal drinking in recovered alcohol addicts, comment on the article by D.L. Davies". Quart. J. Stud. Alc., 1963, 23:321-322 (CAAAL 11008)

BHAKATA, M.: "Clinical application of behavior therapy in the treatment of alcoholism". J. Alcohol, 1971, 6, 75.

BIGELOW, G., LIEBSON, I., and GRIFFITHS, R.R.: "Experimental analysis of alcoholic drinking". Paper read at American Psychological Association. August 1973.

BIGELOW, G., LIEBSON, I., and LAWRENCE, C.: "Prevention of alcohol abuse by reinforcement of incompatible behavior". Paper presented at Association for Advancement of Behavior Therapy, December 1973.

BIGELOW, G., STRICKLER, D., LIEBSON, I., and GRIFFITHS, R.: "Maintaining disulfiram ingestion among outpatient alcoholics: a security deposit contingency contracting procedure". Behav. Res. Ther. 1976, 14:378-381.

BIGELOW, G., and LIEBSON, I.: "Cost factors controlling alcoholic drinking". Psychol. Rec., 1972, 22: 305-314.

BIGELOW, G.: "Experimental analysis of human drug self-administration". Paper presented at the meeting of the Eastern Psychological Association, May 1973.

BIGELOW, G., LIEBSON, I., & GRIFFITHS, R.R.: "Alcoholic drinking: Suppression by a behavioral time-out procedure". Behavior Research and Therapy, 1974, 12, 107-115.

BIGELOW, G., M. COHEN, I. LIEBSON, and L. FAILLACE.: "Abstinence or moderation? Choice by alcoholics". Behav. Res. Ther., 1972, 10, 209.

BILLINGS, A.G., WEINER, S., KESSLER, M., and GOMBERG, C.A.: "Drinking behavior in laboratory and barroom settings". J. Stud. Alcohol, 1976, 37:85-89.

BLAKE, B.G.: "The application of behavior therapy to the treatment of alcoholism". Behav. Res. Ther., 1965, Oxford 3:75-85.

BLAKE, B.G.: "A follow-up of alcoholics treated by behaviour therapy". Behav. Res. Ther., 1967, Oxford 5:89-94.

BOIS, C., and VOGEL-SPROTT, M.: "Discrimination of low blood alcohol levels and self-titration skills in social drinking". Q.J. Stud. Alcohol, 1974, 35:87-97.

BOLMAN, WILLIAM M.; MD, BROOKLINE, MASS : "Abstinence versus permissiveness in the psychotherapy of alcoholism". Arch. Gen. Psychiat., May 1965, Vol.12

BOUDREAU, A., CHALOULT, L., MARCOUX, G., REID, C., DELORME, J., LAFOREST, L., and LEBLANC, J.: "L'alcoolisme". Encycl. med. chir. Psychiatrie, 1976, 5, 37398 A-10.

BOYATZIS, R.E.: "The effect of alcohol consumption on the aggressive behavior of men". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1974, 35, 959-972.

BRANDSMA, J. y col.: "Outpatient Treatment of Alcoholism". University Park Press, 1980.

BRIDDELL, D.W., & NATHAN, P.E. "Behavior assessment and modification with alcoholics: Current status and future trends". In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.) Progress in behavior modification (Vol.2). New York: Academic Press, in press.

BROMET, E., MOOS, R.H., BLISS, F. and WUTEMANN, C.: "The post-treatment functioning of alcoholic patients: its relation to program participation" J. Consult. Clin. Psychol., in press. 1977.

BROMET, EVELYN J. and MOOS, RUDOLPH: "Prognosis of Alcoholic Patients: Comparisons of Abstainers and Moderate Drinkers". British Journal of Addiction, 1979, 74:183-188,

BROWN, ROBERT A.: "Controlled drinking training with a female alcoholic". Br. J. soc. Psychol., 1978, 17, 153-157.

BRUUN, K.: "The Polar Bear Approach to Alcoholism". Proceedings, 12th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Prague, 1966.

BURLEY, PETER M.; MACLEOD, COLIN, and GEMMIL, JOHN.: "Effects of social interaction on rate of alcohol consumption". Psychological Reports, 1978, 42, 49-50.

BURT, D.W.: "Characteristics of the relapse situation of alcoholics treated with aversive conditioning". Behav. Res. Ther., 1974, 12:121-123.

BUSS, A.H.: "The psychology of aggression". New York: Wiley, 1961.

CADDY, G.R., and LOVIBOND, S.H.: "Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholics' drinking behavior". Behav. Ther., 1976, 7:223-230.

CADDY, G.R.: "Blood alcohol concentration discrimination training: Development and current status". In Behavioral Approaches to Alcoholism. 1978. (Edited by G.A. Marlatt and P.E. Nathan). Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, N.J.

CAMERON, DOUGLAS: "A Pilot Controlled Drinking Out-Patient Group". "Alcoholism and Drug Dependence". A Multidisciplinary Approach. Ed. by J.S. Madden, R. Walker and W.B. Kenyon. Plenum Press, 1977.

CANTER, F.M.: "The requirement of abstinence as a problem in institutional treatment of alcoholics". Psychiat. Q., 1968, 42, 217.

- CAPPELL, H., and HERMAN, C.P.: "Alcohol and tension reduction-A review." Q.J. Stud. Alcohol, 1972, 33:33-64.
- CARLSON, A.J.: "The Conditioned-Reflex Therapy of Alcohol Addiction". Q. J. S. A., 1944, 213-215.
- CARROLL, J.: "Does Sobriety and Self-Fulfilment always necessitate total and Permanent Abstinence?". British J. of A., 1980, 75 (1) 55-63.
- CATANZARO, RONALD J.: "The Disease: Alcoholism". Alcoholism. The total treatment Approach. Ed. by R.J. Catanzaro. 1968, by Chales C. Thomas, Publisher.
- CATANZARO, R.J., and GREEN, W.G.: "WATS telephone therapy: a new follow-up technique for alcoholics". Amer. J. Psychiat. 1970, 126:1024-1027.
- CAUDILL, B.D., and MARLATT, G.A.: "Modeling influences in social drinking: An experimental analogue". J. Consult. Clin. Psycho., 1975, 43:405-415.
- CAUTELA, J.R.: "Treatment of compulsive behavior by covert sensitization" Psychol. Rep. 1966, 16:33-41.
- CAUTELA, J.R.: "Covert sensitization". Psychol. Rep., 1967, 20:459-468.
- CAUTELA, J.R.: "The treatment of alcoholism by covert sensitization". Psychotherapy: Theory Research and Practice, 1970, 7:86-90.
- CHAPMAN, R., BURT, D., and SMITH, J.: "Electrical aversion conditioning to alcohol: individual measurement". Wester Psychological Association, Oregon, 1972.
- CHEEK, F.E., FRANKS, C.M., LAUCIUS, J., and BURTLE, V.: "Behavior modification training for wives of alcoholics". Q.J. Stud. Alcohol, 1971, 32:456-461.
- CHEEK, F.E.: "Broad spectrum behavioral training in self-control for drug addicts and alcoholics". Behav. Res. Ther., 1972, 3, 515.
- CLANCY, J.E., E. VANDERHOOF, and P. CAMPBELL.: "Evaluation of an aversive technique as a treatment for alcoholism: Controlled trial with succinylcholine-induced apnea". Q.J. Stud. Alcohol, 1967, 28, 476.
- CLANCY, J., R. VORNBROCK, and E. VANDERHOOF.: "Treatment of alcoholics: A follow-up study". Dis. Nerv. Syst., 1965, 26, 555.
- COHEN, M., LIEBSON, I.A., FAILLACE, L.A., & ALLEN, R.P.: "Moderate drinking by chronic alcoholics". Journal of Nervous and Mental disease, 1971, 153, 434-444.
- COHEN, M., I.A. LIEBSON, and L.A. FAILLACE.: "Controlled drinking by chronic alcoholics over extended periods of free access". Psychol. Rep., 1973, 32, 1180.
- COHEN, M., I.A. LIEBSON, and L.A. FAILLACE.: "A technique for establishing controlled drinking in chronic alcoholics". Dis. Nerv. Syst., 1972, 33, 46.
- COHEN, M., I.A. LIEBSON, L.A. FAILLACE, and SPEERS.: "Alcoholism: Controlled drinking and incentives for abstinence". Psychol. Rep., 1971, 28, 575.

COHEN, M., LIEBSON I. and FAILLACE L.: "The modification of drinking of chronic alcoholics". Recent advances in Studies of Alcoholism (Eds. N.K. Mello and J.B. Mendelson). 1971. Govern. Printing Office, Washington, D.C.

COLE and RYBACK.: "Pharmacological Therapy" en Tarter, R. and Sugarman, A. (Ed.). "Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem". Plenum Press, 1976.

CONGER, J.J.: "The effects of alcohol on conflict behavior in the albino rat". Q.J. Stud. Alcohol, 1951, 12:1-29.

CONGER, J.J.: "Alcoholism: Theory, problem and challenge. II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism." Q.J. Stud. Alcohol, 1956, 17:291-324.

CONGER, J.J.: "Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism". Quart.J.Stud. Alc., 1956, 17:296-305.

CONNORS G.J. and MAISTO S.A.: "Effects of alcohol, instructions, and consumption rate on affect and physiological sensation". 1979, Psychopharmacology, 62, 261-266.

COOPER, M., SOBELL, M., SOBELL, L., and MAISTO, S.: "Validity of alcoholics' self-reports: Duration Data". International Journal of the Addictions, 1981, 16(3), 401-406.

COSTELLO, R.M.: "Alcoholism treatment and evaluation, I, In Search of methods". Inter. J. Addict. 1975a, 10:251-275.

COSTELLO, R.M.: "Alcoholism treatment and evaluation, II, Collation of two year followup studies". Inter. J. Addic., 1975b, 10:857-868.

COSTELLO, R.M., BECHTEL, J.E., and GIFFEN, M.B.: "A community's efforts to attack the problem of alcoholism, II, Base rate data for future program evaluation". Inter. J. Addic., 1973, 8:875-888.

COSTELLO, R.M., GIFFEN, M.B., SCHNEIDER, S.L., EDGINGTON, P.W., and MANDERS, K.R.: "Comprehensive alcohol treatment planning, implementation and evaluation". Inter. J. Addic., 1976, 11:553-570

COSTELLO, BAILLARGEON, and BIEVER.: "Therapeutic Community Treatment for Alcohol Abusers: One-year Multivariate Outcome Evaluation". Inter. J. of Addic., 1980, 15, 2

CUTLER, R. E. and STORM, T.: "Observational study of alcohol consumption in natural settings". J. Stud. Alcohol, 1975, 36:1173-1183.

CUTTER, H.S.G., SCHWAB, E.L., JR. & NATHAN, P.E.: "Effects of alcohol on its utility for alcoholics". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1970, 30, 369-378.

DAVID P. RICE, and LAWRENCE S. SCHOENFELD.: "Aversive Conditioning and Cognitive Mediators with Alcoholic Respondents". Br. J. Addict., 1975, Vol. 70, pp. 165-174. Longman.

DAVIDSON, R.S., and WALLACH, E.S.: "Schock facilitation and suppression of alcohol and coke-maintained behavior". Psychol. Rep., 1972, 31:415-424.

DAVIDSON, R.S.: "Moderation of alcoholic behavior". Newsletter Res. Psychol., 1972, 14(1): 30-31. Published by Veterans Administration Center, Bay Pines, Florida.

DAVIDSON, W.D.: "2d. Studies of aversive conditioning for alcoholics; a critical review of theory and research methodology". Psychol. Bull. 81:571-581.

DAVIDSON, ROBERT S.; BREMSER, ROBERT F.: "Controlled alcoholic drinking". Behavior Modification, April 1977, Vol. 1 No 2.

DAVIES, D.L.: "Normal drinking in recovered addicts". Q.J. Stud. Alcohol, 1962, 23, 94.

DAVIES, D.L.: "Stabilized addiction and normal drinking in recovered alcohol addicts, in Scientific Basis of Drug Dependence". H. Steinberg (Ed.), Churchill, London, 1969.

DAVIES, D.L., D.F. Scott, and M.E.L. MALHERBE.: "Resumed normal drinking in recovered psychotic alcoholics". Int. J. Addict., 1969, 4, 187.

DAVIES, D.L., M. SHEPARD, and E. MYERS.: "The two-year's prognosis of 50 alcohol addicts after treatment in hospital". Q.J. Stud. Alcohol, 1956, 17, 485.

DAVIES, D.: "Moos changes in alcoholic subjects with programmed and free-choice experimental drinking". Recent Advances in Studies in Alcoholism, Washington, D.C. 1971.

DAVIES, DAVID L.: "Definitional Issues in Alcoholism". In Ralph E. Tartar and A. Arthur Sugarman (eds.), Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1976.

DAVISON, G.C.: "Counter-control in behavior modification, in Behavior Change: Methodology, Concepts, and Practice. (L.A. Hammerlynck, L.C. Bandy, and E.J. Mash, eds.), Research Press, Chicago, 1973.

DE MOSIER, G., and H. FELDMAN.: "Le traitement de l'alcoolisme par l'apomorphine: etude 500 Cas". Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr., 1952, 70, 434.

DE RICCO, DENICE A.; GARLINGTON, WARREN K.: "Case histories and shorter communications. An operant treatment procedure for alcoholics". Behav. Res. & Therapy, 1977 Vol. 15, pp. 497-499.

DOLEYS, DANIEL M.; CIMINERO, ANTHONY R.; WALLACH, EDWARD S.; DAVIDSON, ROBERT S.: "Responding by alcoholics during aversive conditioning". Behavior Modification, April 1977, Vol. 1, No 2.

DOLLAR, J. and MILLER, N.: "Personality and psychotherapy". McGraw-Hill, N.Y. 1950

DREWERY, J.: "Social drinking as a therapeutic goal in the treatment of alcohol". J. Alcohol, 1974, 9, 43.

DUCKERT, A.: "Rehabilitation of Alcoholics and Drug addicts; An Experimental Approach". J. of St. on Alcohol, 1980, 41, (3), 368-372.

- EDIS.: "El alcoholismo en la ciudad de Vitoria". Cáritas Diocesanas. Vitoria, 1978
- ADLIN, J., JOHNSON, R., HLETKO, P., and HEILBRUNN, G.: "The conditioned aversion treatment in chronic alcoholism". American J. of Psychiatry, 1945, 101, 806-809.
- EDWARDS, G., and GRANT.: "Alcoholics: new knowledge and new responses". London, Croom, Helm, 1977.
- EDWARDS, G., OXFORD, J., EGERT, S., GUTHRIE, S., HAWKER, A., HENSMAN, C., MITCHELSON, M., OPPENHEIMER, E., and TAYLOR, C.: "Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". J. Stud. Alc., 1977, 38:1004-1031.
- EISLER, R.M., MILLER, P. M., and HERSEN, M.: "Components of assertive behavior". Journal of Clinical Psychology, 1973, 24, 295-9.
- EISLER, R., HERSEN, M., and MILLER.: "Shaping components of assertive behavior with instructions and feedback". Am. J. of Psychiatry, 1974, 30, 643-649.
- EISLER, M., MILLER, P., HERSEN, M., and ALFORD, H.: "Effects of assertive training on material interaction". Archives of General Psychiatry, 1974, 30, 643-649.
- EISLER, R., HERSEN, M., MILLER, P., and BLANCHARD, E.: "Situational determinants of assertive behaviors". J. of Consl. and Clinical Psychology, 1975, 43, 330-340.
- ELKINS, RALPH L.: "Aversion Therapy for Alcoholism: Chemical, Electrical or Verbal Imaginary?". The International Journal of the Addictions, 1975, 10(2), 157-209.
- EMRICK, C.D.: "A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment". Q.J. Stud. Alcohol, 1974, 35, 523.
- EMRICK, C.D.: "A review of psychologically oriented treatment of alcoholism". J. Stud. Alcohol, 1975, 36:88-108
- ENGLE, K.A., and T.K. WILLIAMS.: "Effect of an ounce of vodka on alcoholics' desire for alcohol". Q.J. Stud. Alcohol, 1972, 33,1099.
- ESTEVEZ, J.: "Diagnóstico, evolución y tratamiento del alcoholismo en la Empresa". Comisión Seguridad Industria Siderometalúrgica Esidesa, Avilés, 1973.
- EVANS, M.: "Modification of drinking". J. Alcohol, 1973, 8, 111.
- EWING, J., and ROUSE, B.: "Outpatient group treatment to inculcate controlled drinking behavior in alcoholics". International J. of Alcoholism and Drug Dependence, 1972.
- EWING, J., and ROUSE, B.A.: "Failure of an experimental treatment program to inculcate controlled drinking in alcoholics". British J. of addictions, 1976, 71, 123-134.
- FAILLACE, L.A., FLAMER, R.N., IMBER, S.D., and WARD, R.F.: "Giving alcohol to alcoholics: an evaluation". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1972, 33, 85-90.

FARRAR, C.H., POWELL, B.J., and MARTIN, K.L.: "Punishment of alcohol consumption by apneic paralysis". Behav. Res. Ther., 1968, Oxford 6:13-16.

FELDMAN, D.J., PATTISON, E.M., SOBELL, L.C., GRAHAM, T., and SOBELL, M.B.: "Out-patient alcohol detoxification: initial findings on 564 patients". Amer. J. Psychiat., 1975, 132:407-412.

FOY W.D., MILLER M.P., EISLER, M.R., and O'TOOLE, H.: "Social-Skills training to teach alcoholics to refuse drinks effectively". Journal of Studies on Alcohol, 1976, Vol. 37, No 9.

FRANKS, C.M.: "Alcohol, alcoholism and conditioning: A review of the literature and some theoretical considerations". Journal of Mental Science, 1958, 104, 14-33.

FRANKS, C.M.: "Behavior therapy, the principles of conditioning and the treatment of the alcoholic". Quart. J. Studies Alc., 1963, 24:511-529.

FRANKS, C.M.: "Conditioning and conditioned aversion therapies in the treatment of the alcoholic". Inter. J. Addictions, 1966, 1:61-98.

FRANKS, C.M.: "Alcoholism, in Symptoms of Psychopathology (C.G. COSTELLO, ed.), Wiley, New York, 1970.

FREED, E.X.: "Effects of alcohol on conflict behaviors". Psychol. Rep., 1968, 23: 151-159, (CAAAAL 13431).

FREIXA, F., LARIOS, C.: "Seminario Alcoholismo, Toxicomanías". P.A.N.A.P., 1972.

FREIXA, F., BACH, L., GASULL, M.: "Prevención sanitaria y social del alcoholismo" en Gasull, M., Freixa, F. y Bach, L. (Ed.) : "La enfermedad alcohólica". Fargraf Barna, 1978.

GALANT, J.: "Apomorphine treatment of alcoholic". Psychiatric Neurology, 1935, 38, 85-89.

GELLENS, H.K., GOTTHEIL, E., and ALTERMAN, A.I.: "Drinking outcomes of specific alcoholic subgroups". J. Stud. Alc. 1976, 37:986-989.

GERARD, D.L., and SAENGER, G.: "Interval between intake and follow-up as a factor in the evaluation of patients with a drinking problem". Quart. J. Studies Alc. 1959, 20:620-630.

GERARD, D.L., SAENGER, G., and WILE, R.: "The abstinent alcoholic". Arch. gen. Psychiat., 1962, 6:83-95. (CAAAAL 9873).

GERARD, D.L., and SAENGER, G.: "Outpatient treatment of alcoholism; a study of outcome and its determinants" (Brookside Monogr., No 4) Toronto; University of Toronto Press, 1966.

GLATT, M.M.: "The question of moderate drinking despite "loss of control". Br. J. Addict., 1967, 62, 267.

GLOVER, J.H., and McCUE, P.A.: "Electrical Aversion Therapy with Alcoholics: A Comparative Follow-up Study". Brit. J. Psychiat., 1977, 130, 27-86.

GOLDMAN, M., TAYLOR, A., CARRUTH, M., and NATHAN, P.E.: "Effects of group decision-making on group drinking by alcoholics". Q.J. Stud. Alcohol, 1973, 34:807-822.

GOLDMAN, M.S.: "To drink or not to drink: An experimental analysis of group drinking decisions by four alcoholics". Am. J. Psychiatry, 1974, 131, 10.

GOODWIN, D.W., and GUZE, S.B.: "Heredity and alcoholism, in the Biology of Alcoholism". Vol. 3 (B. Kissin and Begleiter, eds.), Plenum Press, New York, 1974.

GOODWIN, D., SCHULSINGER, F., HERMANSEN, L., GUZE, B., and WINOKUR, G.: "Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents". Arch. Gen. Psychi., 1973, 28, 238-243.

GOODWIN, D.: "Is Alcoholism Hereditary?". p. 171, Oxford University Press, New York 1976.

GOODWIN, D.W., J.B. CRANE, and S.B. GUZE.: "Felons who drink; an 8-year follow-up". Q.J. Stud. Alcohol, 1971, 32, 136.

GOTTHEIL, E., A.I. ALTERMAN, T.E. SKOLODA, and B.F. MURPHY.: "Alcoholics' patterns of controlled drinking". Am. J. Psychiatry, 1973, 130, 418.

GOTTHEIL, E., L.O. CORBETT, J.C. GRASBERGER, and F.S. CORNELISON, Jr.: "Treating the alcoholic in the presence of alcohol". Am. J. Psychiatry, 1971, 128, 475.

GOTTHEIL, E., L.O. CORBETT, J.C. GRASBERGER, and F.C. CORNELISON, Jr.: "Fixed interval drinking decisions. I. A research and treatment model". Q.J. Stud. Alcohol, 1972, 33, 311.

GOTTHEIL, E., H.D. CRAWFORD, and F.S. CORNELISON.: "The Alcoholic's ability to resist available alcohol". Dis. Nerv. Syst., 1973, 34:80.

GOTTHEIL, E., B.F. MURPHY, T.E. SKOLODA, and L.D. CORBETT.: "Fixed interval drinking decisions. II. Drinking and discomfort in 25 alcoholics". Q.J. Stud. Alcohol, 1972, 33, 325.

GOTTSCHALK, L., & GLEESER, G.: "The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior". Berkeley: University of California Press, 1969

GRIFFITHS, R.R., BIGELOW, G., and LIEBSON, I.: "Assessment of effects of ethanol self-administration on social interactions in alcoholics". Psychopharmacologia, 1974a, 38:105-110.

GRIFFITHS, R.R., BIGELOW, G., and LIEBSON, I.: "Suppression of ethanol self-administration in alcoholics by contingent time-out social interactions". Behav. Res. Ther. 1974b, 12:327-334.

GRIFFITHS, R.R., BIGELOW, G., and LIEBSON, I.: "Effects of ethanol self-administration on choice behavior: Money vs. socializing". Pharmacol., Biochem. Behav., 1975, 3: 443-446.

GUZE, S.B., and GOODWIN, D.W.: "Consistency of drinking history and diagnosis of alcoholism". Q.J. Stud. Alcohol, 1972, 33:111-116.

GUZE, S.B., TUASON, V.B., STEWART, M.A. and PICKEN, B.: "The drinking history: a comparison of reports by subjects and their relatives". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1963, 24, 249-60.

HALLAM, R., and RACHMAN, S.: "Theoretical problems in aversion therapy". Behavior Research and Therapy, 1972, 10, 341-353.

HALLAM, R., RACHMAN, S., and FALKOWSKI, W.: "Subjective attitudinal and physiological effects of electrical aversion therapy". Behavior Research and Therapy, 1972, 10, 1-13.

HAMBURG, S.: "Behavior Therapy in Alcoholism. A critical Review of Broad-Spectrum Approaches". Journal of Studies on Alcohol, 1975, Vol. 36, No 1.

PAYMAN, M.: "The myth of social drinking". Am. J. Psychiatry, 1967, 124, 585.

HEDBERG, A.G., and CAMPBELL, L.: "A comparison of four behavioral treatment of alcoholism". J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1974, 5:251-256.

HERSEN, M., EISLER, R.M., and WILLER, P.M.: "Development of assertive responses: clinical, measurement and research considerations". Behav. Res. Ther., 1973, Oxford 11: 505-512.

HERSEN, M., MILLER, P.M., and EISLER, R.M.: "Interactions between alcoholics and their wives: a descriptive analysis of verbal and nonverbal behavior". Quarterly Journal Studies on Alcohol, 1973, 34, 516-20.

HIGGINS, R.L., and MARLATT, G.A.: "The effects of anxiety arousal upon the consumption of alcohol by alcoholics and social drinkers". J. Consult. Clin. Psychol. 1973, 41:426-433.

HIGGINS, R.L., and MARLATT, G.A.: "Fear of interpersonal evaluation as a determinant of alcohol consumption in male social drinkers". J. Abnormal Psychol, 1975, 84:644-651.

HILL, M.J., and BLANE, H.T.: "Evaluation of psychotherapy with alcoholics. A critical review". Quart. J. Studies Alc., 1967, 28:76-104.

HIRSCH, S.M., ROSEMBERG, R., PHELAN, C., and DUDLEY, Jr., B.K.: "Effectiveness of Assertiveness Training with Alcoholics". Journal of Studies on Alcohol, 1978, Vol. 39, No 1.

HODGSON, RAY; RANKIN, HOWARD, and STOCKWELL, TIMOTBY.: "Alcohol Dependence and the Priming Effect". Behav. Res. & Therapy, 1979, Vol. 17, pp. 379-387.

HODGSON, R.J. (U.K.): "The Alcohol Dependence Syndrome: A Step in the Wrong Direction?". British Journal of Add., 1980, Vol. 75, No 3.

HODGSON, R.J.: "Much Ado About Nothing Much: Alcoholism Treatment and the Rand Report". British J. of A., 1979, 74 (3), 227-234.

HSU, J.J.: "Electroconditioning therapy of alcoholics. A preliminary report". Quart. J. Studies Alc., 1965, 26:449-459.

HUBER, H., KARLIN, R., and MATHAN, P.E.: "Blood alcohol level discrimination by non-alcoholics: The role of internal and external cues". Q.J. Stud. Alcohol, 1976, 37: 27-39.

HUNT, G.M., and AZRIN, N.H.: "A community-reinforcement approach to alcoholism". Behv. Res. Ther., 1973, 11:91-104.

ISBELL, H.: "Craving for alcohol". Quart. J. Stud. Alc., 1955, 16:38-42.

JELLINEK, E.M.: "The disease concept of alcoholism". Highland Park, NJ; Hill-house Press, 1960.

JELLINEK, E.M.: "Phases in the drinking history of alcoholics". Quart. J. Stud. Alc. 1946, 7:1-82, (CAAL 3770).

JELLINEK, E.M.: "Phases of alcohol addiction". Quart. J. Stud. Alc., 1952, 13:673-684.

KANTOROVICH, N.: "An Attempt at associative reflex therapy in alcoholism" 1929. Sumarized by Razran. "Conditioning stimulus in adult human subjects". Psych. Bulletin, 1934, 31, 111-143.

KEEHN, J.D.: "Translating behavioral research into practical terms for alcoholism". Canad. Psychol., 1969, 10:438-446 (CAAL 14522).

KELLER, M.: "On the loss-of-control phenomenon in alcoholism". Brit. J. Addic., 1972, 67:153-166 (CAAL 340472).

KELLER, M.: "The oddities of alcoholics". Quart. J. Stud. Alc., 1972, 33:1147-1148.

KENDALL, R.E.: "Normal drinking by former alcohol addicts". Quart. J. Stud. Alc., 1965, 26:247-257.

KESSLER, M., & GOMBERG, C.: "Observations of barroom drinking: Methodology and preliminary results". Quart. J. Stud. Alc., 1974, 35, 1392-1396.

KINGHAM, M.A.: "Alcoholism and the Reinforcement Theory of Learning". Quart. J. Stud. Alc., 1958, 320-330.

KOUMANS, A.J.R., MULLER, J.J., and MILLER, C.F.: "Use of letters to increase motivation for treatment in alcoholics". Psychol. Repts., 1965, 16:1152.

KOUMANS, A.J.R., MULLER, J.J., and MILLER, C.F.: "Use of telephone calls to increase motivation for treatment in alcoholics". Psychol. Repts., 1967, 21:327-328.

KRYSTAL, H.: "The problem of abstinence by the patient as a requisite for the psychotherapy of alcoholism. II. The evaluation of the meaning of drinking in determining the requirement of abstinence by alcoholics during treatment". Quart. J. Stud. Alcohol., 1962, 23, 112.

KRAFT, T., and I. AL-ISSA.: "Alcoholism treated by desensitization: A case report". Behav. Res. Ther., 1967, 5, 69.

KRAFT, T., and I. AL -ISSA.: "Desensitization and the treatment of alcohol addiction" Br. J. Addict, 1968, 63,19.

KRAFT, T.: "Alcoholism treated by systematic desensitization: a follow-up of eighth cases". J. roy. Coll. gen. Practit, 1969, 18:336-340.

LAVERTY, S.G.: "Aversion therapies in the treatment of alcoholism" Psychosom. Med. 1966, 28:651-666.

LAZARUS, A.A.: "Towards the understanding and effective treatment of alcoholism". S. Afr. Med. J., 1965, 39:736-741.

LEMERE, F., and VOEGTLIN W.L.: "An evaluation of the aversion treatment of alcoholism". Q. J. Stud. Alcohol, 1950, 11:199-204.

LEMERE, F., VOEGTLIN, W.L., BROZ, W.R., and O'HALLAREN, P.: "Conditioned reflex treatment of alcohol addiction. V. Type of patient suitable for this treatment". North-western Medicine, Seattle, 1942, 4:88-89.

LANG, A.R., GOECKNER, D.J., ADESSO, V.J. and MARLATT, G.A.: "Effects of alcohol on aggression in male social drinkers". J. abnorm. Psychol., 1975, 84:508-518.

LANYON, R., PRIMO, TERRELL, F., and WENER A.: "An Aversion-Desensitization treatment for alcoholism". J. of Consulting and clin. Psychology, 1972, 38, 394-398.

LAWSON, D.M., WILSON, G.T., BRIDDELL, D.W., and IVES, C.C.: "Assessment and modification of alcoholics' drinking behavior in controlled laboratory settings: a cautionary note". Addictive Behaviors, 1976, 1:299-303.

LEMERE, F.: "What happens to alcoholics?". Am. J. Psychiatry, 1953, 109,674.

LEVISON, T.: "Controlled Drinking in the Alcoholic. A Search For Common Features". "Alcoholism and Drug Dependence". A Multidisciplinary Approach. Ed. by J.S. Madden, R. Walken and W.H. Kenyon. Plenum Press, 1977.

LITMAN, GLORIA K.: "Behavioral Modification Techniques in the Treatment of Alcoholism: A Review and Critique". Research advances in Alcohol and Drug Problems, Vol. 3 Capitulo 8, 1976. Edited by: Robert J. Gibbins y col.

LITMAN, GLORIA K., EISER, J. RICHARD, RAWSON, NIGEL S.B. and OPPENHEIM, A.N.: "Differences in Relapse Precipitants and Coping Behaviour Between Alcohol Relapsers and Survivors". Behav. Res. & Therapy, 1979, Vol.17, pp. 89-94.

LOVIBOND, S.H., and CADDY G.: "Discriminated Aversive Control in the Moderation of Alcoholics' Drinking Behavior". Behavior Therapy, 1970, 1, 437-444.

LOVIBOND, S.H.: "Behavioral Control of Excessive Drinking". Progress in Behavior Modification, 1977, Vol. 5.

LUDWIG, M.; ARNOLD, M.; BENDFELDT, FERNANDO; WINKLER, ABRAHAM; CAIN, RALENE B.: "Loss of control in alcoholics" Arch. Gen. Psychiatry, March 1978, Vol. 35.

LUDWIG, A.M.: "On and off the wagon: Reason for drinking and abstaining by alcoholics". Q.J.Stud. Alcohol, 1972, 33:91-96.

LUDWIG, A.M., WIKLER, A.: "Craving an relapse to drink". Q.J.Stud. Alcohol, 1974, 35:108-130.

LUDWIG, A.M., WIKLER, A., and STARK, L.H.: "The first drink". Arch. Gen Psychiatry, 1974, 30:539-547.

LUNDE, S.E., and VOGLER, R.E.: "Generalization of results in studies of aversion conditioning with alcoholics". Behavior Research and Therapy, 1970, 8, 313-14.

LLOYD, RICHARD W. Jr.; and SALZBERG, HERMAN C.: "Controlled Social Drinking: An Alternative to abstinence as a treatment goal for some alcohol abusers". Psychological Bulletin, Nov. 1975, Vol. 82, No 6.

MACCULLOCH, M.J., FELDMAN, M.P., ORFORD, J.F. & MACCULLOCH, M.L.: "Anticipatory avoidance learning in the treatment of alcoholism: a record of therapeutic failure" Behavior Research and Therapy, 1966, 4, 187-186.

MACDONOUGH, TOMI S.: "The relative Effectiveness of a medical hospitalization program vs a Feedback-behavior modification program in treating alcohol and drug abusers". The International Journal of the Addictions, 1976, 11(2), pp. 269-282.

MACLEOD, L.D.: "Craving for alcohol as a problem for investigation". Pp. 54-62. In: Jellinek, E.M., Isbell, H., Lundquist, G., Tiebout, H.M., Duchene, B., Mardones, J. & Macleod, L.D. "The craving for alcohol; a symposium by members of the WHO Expert Committee on Mental Health & on Alcohol". Quart. J. Stud. Alc., 1955, 16:34-66, (CAAL 7197).

MADILL, M., CAMPBELL, D., LAVERTY, SANDERSON, R., and VANDERWATER, S.: "Aversion treatment of alcoholics by succinylcholine-induced apneic paralysis". Q.J. Stud. on Alcohol, 1966, 27, 483-509.

McBREATH, J.F., DICHTER, M., GARFIELD, Z., and HEATH, G.A.: "A behaviorally oriented treatment program for alcoholism". Psychol. Rep., 1968, 22:287-298, (CAAL 12687)

McGUIRE, R.J. and VALLANCE, M.: "Aversion therapy by electric shock, a simple technique". Br. Med. J., 1964, 1:151-152.

MCNAMEE, H.B., MELLO, N.K. and MENDELSON, J.H.: "Experimental analysis of drinking patterns of alcoholics; concurrent psychiatric observations". Amer. J. Psychiat., 1968, 124:81-87. (CAAL 12537).

MCCOLLAM, J.B., BURISH, T.G., MAISTO, S.A. and SOBELL, M.B.: "Alcohol's effects on physiological arousal, and self-reported effect and sensations". J. abnorm. Psychol., in press. 1979.

MAISTO, S.A., and ADESSO V.J.: "Effects of instructions and feedback on blood alcohol level discrimination training in nonalcoholic drinkers". J. consult clin. Psychol., 1977, 45, 625-636.

MAISTO, STEPHEN A.; SOBELL, LINDA C.; and SOBELL, MARK B.: "Comparison of Alcoholics' Self-Reports of Drinking Behavior With Reports of Collateral Informants". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1979, Vol. 47, No 1, 106-112.

MAISTO, S., and CADDY, G.: "Self-Control and addictive Behavior: Present status and Prospects". International Journal of the Addictions, 1981, 16(1), 109-134.

MANN, MARTY.: "New Primer on Alcoholism". New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1958.

MARCONI, J., POBLETE, M., PALESTINI, M., MOYA, L. and BAHAMONDES, A.: "Role of the dorsomedial thalamic nucleus in "Loss of control and inability to abstain" during ethanol ingestion". Pp. 130-139. In: Popham, R., ed. Alcohol and alcoholism. Toronto; Addiction Research Foundation, 1970.

MARDONES R., J., SEGOVIA (M), N. HEDERRA (D), A.: "Sobre la no identidad de factor N con elementos conocidos del complejo vitamínico B". Bol. Soc. Biol. Santiago 7: 59, en Rev. Med. Aliment., Chile, 1950, Vol. 9.

MARLATT, G. ALAN, DEMMING, BARBARA; and REID, JOHN B.: "Loss of Control Drinking in Alcoholics: An Experimental Analogue". Journal of Abnormal Psychology, 1973, Vol. 81, No 3, 233-241.

MARLATT, G.A.: "The drinking profile: A questionnaire for the behavioral assessment of alcoholism, in "Behavior therapy assessment: Diagnosis and evaluation". (E.J. Mash and L. G. Terdal, eds.), Springer, New York, 1975 a.

MARLATT, G. ALAN and KOSTURN, CAROLE F. LANG, ALAN R.: "Provocation to Anger Opportunity for Retaliation as Determinants of Alcohol Consumption in Social Drinkers". J. of abnormal Psychology, 1975, pp. 652-59.

MARLATT, ALAN G.: "Alcohol, Stress, and Cognitive Control". Stress and Anxiety, Vol. 3, Ed. by I.G. Sarason, Ch. D. Spielberger, 1976 by Hemisphere Publishing Corp.

MARLATT, G.A.: "Craving for alcohol, loss of control, and relapse: a cognitive-behavioral analysis, in Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment". (P.E. Nathan and G.A. Marlatt, eds.), Plenum Press, New York, 1978.

MARLATT, G., and NATHAN, P.: "Behavioral Approaches to Assessment and treatment of Alcoholism". Rutgers Center of Alcohol Studies, N.J. 1978.

MARQUINEZ BASCONES, F.: "Investigación epidemiológica sobre prevalencia del alcoholismo en la provincia de Vizcaya". Universidad Autónoma de Bilbao, 1978.

MARTORANO, R.D.: "Mood and social perception in four alcoholics: Effects of alcohol consumption and assertive training". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1974, 35, 445-457.

MAXWELL, W.A., BAIRD, R.L., WEZL, T. and FERGUSON, L.: "Discriminated aversion conditioning within an alcoholic treatment program in the training of controlled drinking". Behav. Engng, 1974, 2:17-19.

MELLO, N.K., and MENDELSON, J.B.: "Operant analysis of drinking behavior of chronic alcoholics". Nature, 1965, 206:43.

MELLO, N.K., and MENDELSON, J.B.: "Experimentally induced intoxication in alcoholics: a comparison between programmed and spontaneous drinking." J. Pharmacol. Exp. Ther. 1970, 173:101-116.

MELLO, N.K., McNAMEE, H.B., & MENDELSON, J.H.: "Drinking patterns of chronic alcoholics: Gambling and motivation for alcohol". In J.O. Cole (Ed.), Clinical research in alcoholism. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968.

MELLO, N.K. & MENDELSON, J.H.: "The effects of prolonged alcohol ingestion on the eating, drinking, and smoking patterns of chronic alcoholics". In W.A. Hunt (Ed.), Learning mechanisms in smoking. Chicago: Aldine Press, 1970.

MELLO, N.K., & MENDELSON, J.H.: "A quantitative analysis of drinking patterns in alcoholics". Archives of General Psychiatry, 1971, 6, 527-539.

MELLO, N.K., & MENDELSON, J.H.: "Drinking patterns during workcontingent and noncontingent alcohol acquisition". Psychosomatic Medicine, 1972, 34, 139-164.

MELLO, N.K.: "Behavioral studies of alcoholism". In B. Kissin & H. Begleiter (Eds.) The biology of alcoholism. New York: Plenum Press, 1972.

MELLO, NANCY K.: "A Sematic Aspect of Alcoholism, in Biological and Behavioral Approaches to drug dependence". Ed. H.D. Cappell and A.E. Le Blanc Addiction Research Fondation of Ontario. Toronto 1975.

MELLO, N.: "The development of alcohol dependence: A clinical study". McLean Hosp. Jnl., 1976, 1(2):64-88.

MELLO, N.: "Clinical aspects of alcohol dependence, in Drug Addiction I, Handbook of Experimental Pharmacology". (W.R. Martin, ed.), pp. 613-666, Springer-Verlag, Berlin 1977.

MELLO, N.: "Alcohol and human behavior, in Handbook of Psychopharmacology, Volume XII, Section III, Chemistry, Pharmacology and Human Use" (L.L. Iversen, S.D. Iversen, and S.H. Snyder, eds.), pp. 235-317, Plenum Publishing Corp., New York, 1978.

MENDELSON J.H. and LADOU J. "Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics: background and experimental design". Quart. J. Stud. Alc. 1964 25 (Suppl. 2B), 1-13.

MENDELSON J.H., LADOU J. and SOLOMON P.: "Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics: Psychiatric findings". Quart J. Stud. Alc. 1964, 25 (Suppl. 2B), 40-52.

MENDELSON, J.H. (Ed.): "Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics." Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1964, Suppl. No 2, 1-29.

MENDELSON, J.H., MELLO, N.K., & SOLOMON, P.: "Small group drinking behavior: An experimental study of chronic alcoholics". In A. Winkler (Ed.), "The addictive states". Baltimore: Williams & Wilkins (Vol. 46, Res. Publ. Assoc. Nerv. Ment. Dis.), 1968.

MENDELSON, J.H., and MELLO, N.K.: "Mechanism of Physical Dependence in Alcoholism" In "Alcohol and Alcoholism" Ed. by R.E. Popham, 1970.

MENDELSON, J.H., and MELLO, N.K.: "One Unanswered Question about Alcoholism" Br. J. of Addiction, 1979, 74, 11-18.

MENDELSON, J.H., and MELLO, N.K.: "The diagnosis and treatment of alcoholism". McGraw-Hill Book, 1979.

MERRY, J.: "The loss of control myth". Lancet, 1966, 1, 1257.

MILLER, M.M.: "Treatment of chronic alcoholism by hypnotic aversion". J. Amer. med. Ass., 1959, 171:1492-1495.

MILLER, E.C., DVORAK, B.A., and TURNER, D.W.: "A method of creating aversion to alcohol by reflex conditioning in a group setting". Quart. J. Studies Alc., 1960, 21: 424-431.

MILLER, B.A., A.D. POKORNY, J. VALLES, and S.E. CLEVELAND.: "Biased sampling in alcoholism treatment research". Q.J. Stud. Alcohol., 1970, 31, 97.

MILLER, P.M.: "The Use of Behavioral Contracting in the Treatment of alcoholism: A Case Report". Behavior Therapy, 1972, 3, 593-596.

MILLER, P.M.: "Behavioral assessment in alcoholism research and treatment: Current techniques". International Journal of the Addictions, 1973, 8, 825-33.

MILLER, P.M., and HERSEN, M.: "Quantitative changes in alcohol consumption as a function of electrical aversion conditioning". Journal of Clinical Psychology, 1972, 28, 590-3.

MILLER, P.M., and D.R. BARLOW.: "Behavioral approaches to the treatment of alcoholism". J. Nerv. Ment. Dis., 1973, 157, 10.

MILLER, P.M., HERSEN, M., EISLER, R.M., and HEMPHILL, D.P.: "Electrical Aversion Therapy with Alcoholics: An Analogue Study". Behav. Res. & Therapy, 1973, Vol. 11, pp. 491-497.

MILLER, P.M., HERSEN, M., and EISLER, R.M.: "Relative effectiveness of instructions, agreements, and reinforcement in behavioral contracts with alcoholics". J. Abnorm. Psychol., 1974, 83:548-553.

MILLER, P.M., HERSEN, M., EISLER, and ELKIN, T.E.: "A retrospective analysis of alcohol consumption on laboratory tasks as related to therapeutic outcome". Behav. Res. Ther., 1974, 12:73-76.

MILLER, P.M., HERSEN, M., EISLER, R., and WATTS, J.G.: "Contingent reinforcement of lowered blood alcohol levels in an outpatient chronic alcoholic". Behav. Res. Ther. 1974, 12:261-263.

MILLER, P.M., STANFORD, A.G., and HEMPHILL, D.P.: "A comprehensive social learning approach to alcoholism treatment". Social Casework, 1974, 55:279-284.

MILLER, P.M., HERSEN, M., EISLER, R.M., EPSTEIN, L., and WOOTTEN, L.S.: "Relationship of alcohol cues to the drinking of alcoholics and social drinkers: An analogue study". Psychological Record, 1974, 24, 61-6.

MILLER, P.M., HERSEN, M., EISLER, R.M., and HILSMAN, G.: "Effects of social stress on operant drinking of alcoholics and social drinkers". Behav. Res. & Therapy, 1974 Vol. 12, pp. 67-72.

MILLER, P.M.: "A behavioral intervention program for chronic public drunkenness offenders". Arch. Gen Psychiatry, 1975, 32:915-918.

MILLER, P.M., and EISLER, R.M.: "Alcohol and drug abuse, in Behavioral Modification Principles, Issues, and Applications". (W.E. Craighead, A.E. Kazdin, and M.J. Mahoney, eds.), 1975, Houghton Mifflin, Boston.

MILLER, P.M., and HERSEN, M.: "Modification of marital interaction patterns between an alcoholic and his wife, in Counseling Methods". (J.D. Krumboltz and C.E. Thoresen, eds.), 1975, Holt, Rinehart & Winston, New York.

MILLER, P.M., and BECKER, J.: "Behavioral analysis of alcoholism in women". U. of Mississippi Medical Center, 1975.

MILLER, P.M.: "Behavioral Treatment of Alcoholism". Pergamon Press, New York, 1976.

MILLER, P.M., BECKER, J.V., FOY, D.W., and WOOTEN, L.S.: "Instructional control of the components of alcoholic drinking behavior". Behav. Ther., 1976, 7:472-480.

MILLER, P.M., and EISLER, R.M.: "Assertive Behavior of Alcoholics. A Descriptive Analysis". Behavior Therapy, 1977, 8, 146-149.

MILLER, W.R.: "Alcoholism scales and abjective assessment methods; a review". Psychol. Bull., 1976, 83:649-674.

MILLER, W., and MUÑOZ, R.: "How to control your drinking". Prentice-Hall, Inc., N.Y. 1976.

MILLER, W.R., and GLENN R.C.: "Abstinence and Controlled Drinking in the Treatment of Problem Drinkers". Journal of Studies on Alcohol, 1977, 38:986-1003.

MILLER, P.M., and EISLER, R.M.: "Assertive Behavior of Alcoholics. A Descriptive Analysis". Behav. Ther., 1977, 8, 146-149.

MILLER, P.M., and WILLIAMS, R.: "Behavioral treatment of problem drinkers: a comparative outcome study of three controlled drinking therapies". J. of Cons. and Clinical Psychology, 1978, 46, 1:74-86.

MILLS, K.C., SOBELL, M.B., and SCHAEFER, H.H.: "Training Social Drinking as an Alternative to Abstinence for Alcoholics". Behavior Therapy, 1971, 2, 18-27.

MOORE, R.A., and RAMSEUR, F.: "Effects of psychotherapy on open-ward hospital inpatients with alcoholism". Quart. J. Stud. Alc., 1960, 21:233-252.

MOROSKO, T.E., and BAER, P.E.: "Avoidance conditioning of alcoholics." In R. Ulrich, T. Stachnich, and J. Mabry (Eds.) Control of Human Behavior. Glenview, Illinois: Scott, Foresman, and Co., 1970, 170-6.

NARROL, H.G.: "Experimental application of reinforcement principles to the analysis and treatment of hospitalized alcoholics". Quart. J. Stud. Alc., 1967, 28:105-115.

NATHAN, P.E., ZARE, N.C., FERNEAU, E.W., & LOWENSTEIN, L.M.: "Effects of congenere differences in alcoholic beverages on the behavior of alcoholics". Quart. J. Stud. Alc., 1970, Suppl. No 5, 87-100.

NATHAN, P.E., TITLER, N.A., LOWENSTEIN, L.M., SOLOMON, P., and ROSSI, M.A.: "Behavioral Analysis of chronic alcoholism. Interaction of alcohol and Human contact". Arch. Gen. Psychiat., May 1970, Vol. 22.

NATHAN, P.E., and O'BRIEN, J.S.: "An experimental analysis of the behavior of alcoholics and nonalcoholics during prolonged experimental drinking: A necessary precursor to behavior therapy?". Behavior Therapy, 1971, 2, 455-76.

NATHAN, P.E., O'BRIEN, J.S., & LOWENSTEIN, L.M.: "Operant studies of chronic alcoholism: Interaction of alcohol and alcoholics". In M.K. Roach, W.M. McIsaac, & P.J. Creaven (Eds.), Biological aspects of alcohol. Austin: University of Texas Press, 1971.

NATHAN, P.E., and BRIDDELL, D.W.: "Behavioral Assessment and Treatment of Alcoholism" "The Biology of Alcoholism", Vol. 5. "Treatment and Rehabilitation of the Chronic Alcoholic". Ed. B. Kissin and H. Begleiter, Plenum Press, N.Y., 1977.

NATHAN, P.E., GOLDMAN, M.S. LISMAN, S.A., & TAYLOR, H.A.: "Alcohol and alcoholics: A behavioral approach". Transactions of the New York Academy of Sciences, 1972, 34, 602-627.

NATHAN, P.E.: "Alcoholism, in Handbook of Behavior Modification". (H. Leitenberg, ed.), Appleton-Century-Crofts, New York, 1976.

NATHAN, P.E., and LANSKY, D.: "Management of the chronic alcoholic: a behavioral viewpoint, in Controversy in Psychiatry". (J.P. Brady and H.K.H. Brodie, eds.), Saunders, Philadelphia, 1978.

NATHAN, P.E., and LISMAN, S.A.: "Behavioral and motivational patterns of chronic alcoholics, in Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem". (R.E. Tarter and A.A. Sugarman, eds). Addison-Wesley, Reading, Massachusetts, 1976.

NATHAN, P.E., and MARLATT, G.: "Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment". Plenum Press, N.Y., 1978.

NATHAN, P.E., and LIPSCOMB.: "Behavior Therapy and Behavior Modification in the Treatment of Alcoholism". In Mendelson and Mello (Eds.) "The diagnosis and treatment of alcoholism". McGraw-Hill, 1979.

NATIONAL COUNCIL ON ALCOHOLISM.: "Criteria for the Diagnosis of Alcoholism". Amer. J. Psychiat., 1972, 129(2):127-135.

NATIONAL COUNCIL ON ALCOHOLISM.: "Criteria for the Diagnosis of Alcoholism". (U.S.) Annals of Internal Medicine, 1972, 77:249-258.

NATIONAL COUNCIL ON ALCOHOLISM (U.S.). "Definition of Alcoholism". Annals of Internal Medicine, 1976, 85:764.

NORRIS, G.: "Alcoholics Anonymous and other self-help groups". In Tarter and Sugarman (Ed.) "Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem". Plenum Press, 1976.

NORVIG, J., and NIELSEN, B.: "A follow-up study of 221 alcohol addicts in Denmark". Q.J. Stud. Alcohol., 1956, 17, 633.

- O'LEARY, and WILSON.: "Alcoholism and Drug Addiction". Behavior Therapy, 1975, C. XIII.
- O'LEARY, D., O'LEARY, M., and DONOVAN.: "Social skill acquisition and psycho-social development of alcoholics: a review". Addictive Behaviors, _____, 1:111-120.
- ORFORD, J.A.: "A comparison of alcoholics whose drinking is totally uncontrolled and those whose drinking is maily controlled". Behav. Res. Ther. Oxford, 1973, 11:565-576.
- ORFORD, J.A.: "Controlled drinking in the existing behavior repertories of alcohol dependent men". J. Alcohol., London, 1974, 9, 56.
- ORFORD, J.A., OPPENHEIMER, E.D., EGERT, S., HENSMAN, C., and GUTHRIE, S.: "The cohesiveness of alcoholism-complicated marriages and its influence on treatment outcome". Brit. J. Psychiat., 1976, 128:318-339.
- ORFORD, J., E. OPPENHEIMER, and GRIFFITH E.: "Abstinence or Control: The Outcome for Excessive Drinkers Two Years after Consultation". Behavioral Research and Therapy, 1976, 14:409-418.
- PAREDES, A., and CORNELISON, F.S., Jr.: "Development of an audiovisual Technique for the rehabilitation of alcoholics: preliminary report". Quart. J. Stud. Alc., 1968, 29,84-92.
- PAREDES, A., LUDWIG, K., HASSENFELD, I., and CORNELISON, F.: "A clinical study of alcoholics using audio-visual self-image feedback". J. of Nervous and Mental Disease, 1969, 148, 449-456.
- PAREDES, A., W.R. HOOD, H. SEYMOUR, and M. GOLLOB.: "Loss of control in alcoholism: An investigation of the hypothesis, with experimental findings". Q.J. Stud. Alcohol 1973, 34, 1146.
- PAREDES, A.: "Denial, deceptive maneuvers and consistency in the behavior of alcoholics". Am. N.Y. Acad. Sci., 1974, 233, 23.
- PAREDES, A., JONES, B.M., and GREGORY, D.: "An exercise to assist alcoholics to maintain prescribed levels of intoxication". Alcohol Technical Reports, 1974 a, 2:24-36.
- PAREDES, A., GREGORY, D., and JONES, B.M.: "Induced drinking and social adjustement in alcoholics". Q. J. Stud. Alcohol., 1974 b, 35:1279-1293.
- PAREDES, A.: "The History of the Concept of Alcoholism" In Ralph E. Tarter and A. Arthur Sugarman (eds.), Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1976.
- PATTISON, E.M.: "A critique of alcoholism treatment concepts with special reference to abstinence". Quart. J. Stud. Alc., 1966, 27:49-71 (CAAL 10931).
- PATTISON, E.M.: "A critique of abstinence criteria in the trestment of alcoholism" International Journal of Social Psychiatry, 1968, 14, 268-276.

- PATTISON, E.M., HEADLEY, E.C., GLEESER, G.C., & GOTTSCHALK, L.A.: "Abstinence and normal drinking: An assessment of changes in drinking patterns in alcoholics after treatment". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1968, 29, 610-633.
- PATTISON, E.M., R. COE, and R.A. Rhodes.: "Evaluation of alcoholism treatment: Comparison of three facilities". Arch. Gen. Psychiatry, 1969, 20, 478.
- PATTISON, E.M., R. COE, and R.D. DOERR.: "Population variation between alcoholism treatment facilities". Int. J. Addic., 1973, 8, 199.
- PATTISON, E.M., DE FRANCISCO, D., FRAZIER, H., WOOD, P.E., and CROWDER, J.: "A Psychosocial kinship model for family therapy". Amer. J. Psychiat., 1975, 132:1246-1251.
- PATTISON, E.M.: "A conceptual approach to alcoholism treatment goals". Addictive Behaviors, 1976, 1:177-192.
- PATTISON, E.M.: "Nonabstinent drinking goals the treatment of alcoholism". Arch. Gen. Psychiatry, Aug. 1976, Vol. 33.
- PATTISON, M., SOBELL, M., and SOBELL, L.: "Evergin Concepts of Alcohol Dependence". Springer Publishing Company, N.Y. 1977.
- PATTISON, E.M.: "Ten years of change in alcoholism treatment and delivery systems". Am. J. Psychiatry, March 1977, 134:3.
- PATTISON, M.: "The selection of Treatment Modalities for the alcoholic Patient". The diagnosis and Treatment of Alcoholism, editado por Mendelson y Mello, McGraw Hill, 1979.
- PFEFFER, A.Z., and BERGER, S.A.: "A follow-up study of treated alcoholics". Quart. J. Studies Alc., 1957, 18:624-648.
- PICKENS, R., BIGELOW, G., and GRIFFITHS, R.: "An experimental approach to treating chronic alcoholism: A case study and one-year follow-up". Behav. Res. Ther., 1973, 11, 321.
- POKORNY, A.D., BYRON A. MILLER, and SIDNEY E. CLEVELAND.: "Response to Treatment of Alcoholism: A Follow-up Study". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1968, 29: 364-381.
- POLAINO-LORENTE, A.: "Dimensión epidemiológica y psicológica de los alcoholismos en Sevilla". Anales de la Universidad Hispalense. Serie Medicina, nº 13, 1972.
- POLICH, ARMOR, and BRAIKER.: "Patterns of alcoholism over four years". Rand-Corporation, Enero 1980, R-2433.
- POLIVY, JANET; SCHUENEMAN ARTHUR L.; and CARLSON KATHLEEN - Loyola University of Chicago.: "Alcohol and Tension Reduction: Cognitive and Physiological Effects". J. of Abnormal Psychology, 1976, Vol. 85, Nº 6, pp. 595-600.
- POMERLEAU, O.F., and BRADY, J.P.: "Behavior modification in medical practice, with an example from the treatment of problem drinking", Pa. Med. 1975a, 78:49-53.

POMERLEAU, O.F., and BRADY, J.P.: "Behavioral treatment of problem drinking". Paper read at Association for Advancement of Behavior Therapy. Dezember 1975.

POMERLEAU, O.F., PERTSCHUK, M., and STINNETT, J.: "A critical examination of some current assumptions in the treatment of alcoholism". Journal Studies on Alcohol, 1976, Vol. 37, 849-857.

POMERLEAU, O.F.: "Research Priorities in Alcohol Studies: The role of Psychology". J. Stud. on Alcohol, 1979, 8, 75-95.

POMERLEAU, O.F., and ADKINS.: Evaluating behavioral and traditional treatment for problem drinkers". In Sobell, L., Sobell, M., and Ward (Ed.): Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness: recent advances. Pergamon Press, 1980.

POPHAN, R., and SCHMIDT, W.: "Some factors effecting the likelihood of moderate drinking in treated alcoholics". Journal of Studies on Alcohol, 1976, 37, 868-882.

QUINN, J.T., and HENBEST, R.: "Partial Failure of Generalization in Alcoholics Following Aversion Therapy". Quart. J. Stud. Alcohol, 1967, Vol.28, No 1, pp.70-'5.

QUINN, J.T.: "Learning theory in the management of alcoholism". Papers Psychology 1, 1967, 1-9.

RACHMAN, S.J., and TEASDALE, J.: "Aversion therapy: An appraisal". In C.M. Franks (Ed.). Behavior Therapy: Appraisal and Status. New York, McGraw-Hill, 1969a, pp. 279-320.

RACHMAN, S.: "Aversion therapy: Chemical or electrical?". Behavior Research and Therapy, 1965, 2, 289-300 (a).

RANKIN, H., HODGSON, R., and STOCKWELL, T.: "The Concept of Craving and its measurement". Behav. Res. & Therapy, 1979, Vol. 17, pp. 389-396.

RAYMOND, M.: "The treatment of addiction by aversion conditioning with apomorphine". Behaviour Research and Therapy, 1964, 1, 287-291.

REID, J.B.: "The study of drinking in natural settings" In Behavioral Approaches to Assessment and Treatment of Alcoholism, (G.A. Marlatt and P.E. Nathan, eds.), Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey, 1978.

REINERT, R.E., and BOWEN, W.T.: "Social drinking following treatment for alcoholism". Bull. Menninger Clin., 1968, 32:280-290 (CAAL 13432).

REINERT, R.E.: "The concept of alcoholism as a disease". Bull. Menninger Clin., 1968 32, 21.

RICE, D.P., and SCHOENFELD, L.S.: "Aversive Conditioning and Cognitive Mediators with Alcoholic Respondents". The British Journal of Addiction, 1975, Vol.70, No 2, pp. 165-174.

ROBINSON, D.: "The alcoholologist's assiction some implications of having lost control over the disease concept of alcoholism". Quarterly J. Studies Alcohol, 1972, 32, 1028-1042.

ROHAN, W.P.: "A follow-up study of hospitalized problem drinkers". Dis. Nerv. Syst. 1970, 31, 259.

ROITZSCH, J., and KILPATRICK, D.: "Conditioning temperate drinking behavior: Can the alcohol learn to drink less and enjoy in more?". Association for Advancement of Behavior Therapy, 1973.

ROIZEN, RON: "The Rand Report: Some Comments". Journal of Studies on Alcohol, 1977, 38:170-178.

ROIZEN, RON, DON CAHALAN, and PATRICIA SHACKS: "Spontaneous Remission Among Untreated Problem Drinkers". In Denise B. Kandel (Ed.), Longitudinal Research in Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues. New York; Wiley, 1978.

ROZYNKO, V., FLINT, G., HAMMER, C., SWIFT, K., KLINE, J., and KING, R.: "An operant behavior modification program for alcoholics". Paper presented at the A.P.A., 1971.

RUGGELS, W. LEE, DAVID J. ARMOR, J. MICHAEL POLICH, ANN MOTHERSHEAD, and MAE STEPHEN: "A follow-up Study of Clients at Selected Alcoholism Treatment Centers Funded by NIAAA". Menlo Park, Calif.: Stanford Research Institute, 1975.

SADERSON, R.E., CAMPBELL, D., and LAVERTY, S.G.: "An investigation of a new aversion conditioning treatment for alcoholism". Q. J. Stud. Alcohol, 1963, 24:261-275.

SANTO-DOMINGO, J., ALONSO FERNANDEZ, VALENCIANO GAYA, L.: "Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España". Publicaciones del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1966.

SANTO-DOMINGO, J.: "Alcoholismo en España". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 1966, 40:1-45.

SANTO-DOMINGO, J., y CALVO, R.: "Analyse clinique d' un groupe d'alcoolisme non hospitalisés". Revue de l'Alcoolisme, 1976, 22:287-298.

SANTO-DOMINGO, J., y CALVO, R.: "Modificaciones conductuales humanas en la intoxicación alcohólica experimental". Revista de Psicología General y Aplicada, 1977, 555-571.

SANTO-DOMINGO, J.: "Criterios diagnósticos en alcoholismo". Actas Luso-Españolas Neuro-psiquiátricas, 1978, 7:43-54.

SANTO-DOMINGO, J.: "Epidemiología del alcoholismo en España". Documentación Social, 1979, 35: 9-25.

SANTO-DOMINGO, J.: "El tratamiento del alcoholismo". Información Terapéutica de la Seguridad Social, 1981, 5, 4:69-74.

SANTO-DOMINGO, J.: "Alcoholismo y otras toxicomanías". Publicaciones del Patronato de Asistencia Psiquiátrica, 1970.

SANTO DOMINGO, J., CALVO, R., SOLANO, C., CADAVID, C., LAFARGA, C., PATA, M., y CLEMENTE, R.: "Evaluación del tratamiento ambulatorio y pronóstico en alcohólicos". Reunión de Sociodrogalcohol, Almería 1978.

SAUNDERS, U.M., and KERSHAW (U.K.): "Spontaneous Remission from Alcoholism- A Community Study". The British Journal of Add., Sept. 1979, Vol. 74, No 3, pag. 251.

SCHAEFER H.H., SOBELL M.B., and MILLS K.C.: "Some sobering data on the use of self-confrontation with alcoholics". Behav. Therapy, 1971, 2, 28-39.

SCHAEFER, H.H.: "Twelve-month follow-up of behaviorally trained ex-alcoholic social drinkers". Behav. Res. Ther., 1972, 3, 286.

SCHAEFER, H.H., M.B. SOBELL, and K.C. MILLS: "Baseline drinking behaviors in alcoholics and social drinkers: Kinds of drinks and sip magnitude". Behav. Res. Ther., 1971, 9, 23.

SCHAEFER, H.H., SOBELL, M.B., and SOBELL L.C.: "Twelve month follow-up of hospitalized alcoholics given self-confrontation experiences by videotape". Behav. Ther., N.Y., 1972, 3:282-285.

SCHUCKIT, M.A. and CAHALAN, D.: "Evaluation of alcoholism treatment programs, in Alcohol and Alcohol Problems: New Thinking and New Directions". (Filstead, W.J., Rossi, J.J., and Keller, M. eds.), Ballinger Publishing Co., Cambridge, Mass, 1976.

SCHWARZ, R.M., BURKHART, B.R., and GREEN, S.B.: "Turning On or Turning Off: Sersation Seeking or Tension Reduction as Motivational Determinants of Alcohol Use". Journal of Consulting and Cl. Psychology, 1978, Vol. 46, No 5, 1144-1145.

SELZER, M.L., and HOLLOWAY, W.H.: "A follow-up of alcoholics commitee to a state hospital". Quart. J. Studies Alc., 1957, 18:98-120.

SHANAHAN, W., and HORNICK, E.: "Aversion treatment of alcoholism" American Medical Journal, 1946, 6, 19-21.

SHADEL, C.A.: "Aversion treatment of alcohol addiction". Quart. J. Studies Alc., 1944, 5: 216-228.

SREA, J.E.: "Psychoanalytic therapy and alcoholism". Q.J.Stud. Alcohol, 1954,15,595.

SHUNTICH, R.J., and TAYLOR, S.P.: "The effects of alcohol on human physical aggression". Journal of Experimental Research in Personality, 1972, 6, 34-38.

SILVERSTEIN, S.J., NATHAN, P.E., and TAYLOR, H.A.: "Blood alcohol level estimation and controlled drinking by chronic alcoholics". Behavior Therapy, 1974, 5, 1-15.

SKOLODA, T.E., ALTERMAN, A.I., CORNELISON, F.S., and GOTTHEIL, E.: "Treatment outcome in a drinking decisions program". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1975, 36, 365-380.

SOBELL, L.C., SOBELL, M.B., and SCHAEFER, H.H.: "Alcoholics name fewer mixed drinks than social drinkers". Psychol. Rep., 1971, 28: 493-494.

SOBELL, L.C., SOBELL, M.B., and CHRISTELMAN, W.C.: "The myth of 'one drink'". Behav. Res. Therapy, 1972, 10:119-123.

SOBELL, L.C., and SOBELL, M.B.: "A self-feedback technique to monitor drinking behavior in alcoholics". Behav. Res. Therapy, 1972, 11, 237-238.

SOBELL, M.B., SCHAEFER, F.H., and MILLS, K.C.: "Differences in Baseline Drinking Behavior Between Alcoholics and Normal Drinkers". Behav. Res. & Therapy, 1972, Vol. 10, pp. 257-267.

SOBELL, M.B., and SOBELL, L.C.: "Individualized Behavior Therapy for Alcoholics". Behavior Therapy, 1973, 4, 49-72.

SOBELL, M.B., and SOBELL, L.C.: "Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome." Behav. Res. & Therapy, 1973, Vol. 11, pp. 599-618.

SOBELL, M.B., SOBELL, L.C., and SAMUELS, F.H.: "Validity of self-reports of alcohol-related arrests by alcoholics". Q.J. Stud. Alcohol, 1974, 35:276-280.

SOBELL, L.C., and SOBELL, M.B.: "Outpatient alcoholics give valid self-reports". J. Nerv. Mental Dis., 1975, 161:32-42.

SOBELL, L.C., and SOBELL, M.B.: "Self-reports by alcoholics". J. Nerv. Ment. Dis., 1975, 161: 32-42.

SOBELL, M.B., and SOBELL, L.C.: "Second-year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy : Results". Behav. Res. Therapy, 1976, 14:195-215.

SOBELL, M.B., SOBELL, L.C., and SHEAHAN, D.B.: "Functional analysis of drinking problems as an aid in developing individual treatment strategies". Addic. Behav., 1976, 1:127-132.

SOBELL, L.: "A critique of alcoholism treatment evaluation". In Nathan, P., and Marlatt (Ed.): Behavioral Assessment and Treatment of Alcoholism. New Brunswick, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1977.

SOBELL, M.B.: "Alternatives to abstinence: Evidence, issues and some proposals". In Experimental and Behavioral Approaches to Alcoholism (Ed. by P.E. Nathan and G.A. Marlatt). Plenum Press, New York, 1978.

SOBELL, M.B.: "Empirically derived components of treatment for alcohol problems: Some issues and extensions". In Behavioral Assessment and Treatment of Alcoholism, (G.A. Marlatt and P.E. Nathan, eds.), Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey, 1978.

SOBELL, L.C.: "A critique of alcoholism treatment evaluation". In Behavioral Assessment and Treatment of Alcoholism, (G.A. Marlatt and P.E. Nathan, eds.), Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey, 1978.

SOBELL, L.C., and SOBELL, M.B.: "Validity of Self-Reports in Three Populations of Alcoholics". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1978, 46:901-907.

SOBELL, M.B., and SOBELL, L.C.: "Evaluating the external validity of Ewing and Rouse". Brit. J. of Addic., 1978, 73, (4) 343-45.

STEFFEN, J.J.: "Electromyographically induced relaxation in the treatment of chronic alcohol abuse". J. Consult. Clin. Psychol., 1975, 43:275.

STEFFEN, J.J., NATHAN, P.E. and TAYLOR, R.A.: "Tension-reducing effects of alcohol: Further evidence and some methodological considerations". J. Abnorm. Psychol., 1974, 83: 542-547.

STEIN, L.I., NILES, D., and LUDWIG, A.H.: "The loss of control phenomenon in alcoholics". Q. J. Stud. Alcohol, 1968, 29, 598.

STEINGLASS, P., WEINER, S., and MENDELSON, J.H.: "Interactional issues as determinants of alcoholism" Am. J. Psychiatry, 1971, 128, 275.

STEINGLASS, P., WEINER, S., and MENDELSON, J.H.: "A systems approach to alcoholism: A model and its clinical application". Arch. Gen. Psychiatry, 1971, 24, 401.

STRICKLER, D., BIGELOW, G., LAWRENCE, C., and LIEBSON, I.: "Moderate drinking as an alternative to alcohol abuse: a nonaversive procedure". Behav. Res. Therapy, 1976, 14:279-288.

STRICKLER, D., BIGELOW, G., WELLS, D., and LIEBSON, I.: "Case Histories and Shorter Communications. Effects of Relaxation Instructions on the electromyographic responses of Abstinents to drinking-related stimuli". Behav. Res. & Therapy, 1977, Vol. 15, pp. 500-502.

STRICKLER, D., TOMASZEWSKI, R., and MAXWELL, W.A.: "The Effects of Relaxation Instructions on Drinking Behavior in the Presence of Stress". Behav. Res. & Therapy, 1979, Vol. 17, pp. 45-51.

STUNKARD, A.J., and MAHONEY, J.M.: "Behavioral Treatment of the eating disorder". In H. Leitenberg (Ed.), Hand-book of behavior modification, New York: Appleton-Century-Crofts, 1976.

SULZER, E.S.: "Behavior modification in adult psychiatric patients". In L.P. Ullmann and Krasner (eds.), Case Studies in Behavior Modification, New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1965, pp. 196-200.

SUMMERS, T.: "Validity of alcoholics' self-reported drinking history". Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1970, 31, 972-4.

TARLETON, G.H., and TARNOWER, S.M.: "The use of letters as part of a psychotherapeutic relationship: experiences in a clinic for alcoholics". Quart. J. Stud. Alc., 1960, 21:82-89.

TARTER, R.: "Psychological Deficit in chronic alcoholics: A Review". Int. J. Alcohol, 1975, 10, 327-369.

TARTER, R., and SUGERMAN, A.: "Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem". Plenum Press., N. Y., 1976.

TAYLOR, S.P., and GAMMON, C.B.: "Effects of type and dose of alcohol on human physical aggression". Journal of Personality and Social Psychology, 1975, 32, 169-175.

TEPPER, K.S., and LEVINE, B.A.: "Covert sensitization with internal aversive cues in the treatment of chronic alcoholism". Psychological Reports, 1977, 41, 92-94.

THIMANN, J., M.D.: "The Conditioned Reflex as a treatment for Abnormal Drinking". New England J. Med., 1943, p. 333.

THIMANN, J.: "Conditioned reflex treatment of alcoholism". New England J. of Medicine, 1949, 241, 406-410.

TUCKER, J.A., VUCHINICH, R.E., and SOBEL, M.B.: "Differential Discriminative Stimulus Control of Nonalcoholic Beverage Consumption in Alcoholics and in Normal Drinkers". Journal of Abnormal Psychology, 1979, Vol. 88, No 2, 145-152.

THIS IS AA.: Alcoholics Anonymous World Services Inc., New York, 1953.

TRACEY, D., KARLIN, R., and NATHAN, P.E.: "Experimental analysis of chronic alcoholism in four women". J. Consult. Clin. Psychol., 1976, 44:832-842.

VOEGTLIN, W.L.: "The Treatment of Alcoholism by Establishing a conditioned reflex". Amer. J. Med. Sci., 1940, 199:802-819.

VOEGTLIN, W.L., LEMERE, F., and BROZ, W.R.: "Conditioned Reflex Therapy of Alcoholic Addiction. III An Evaluation of Present Results in the Light of Previous Experiences with This Method". Quarterly Journal Studies on Alcohol, 1940, pp. 501-516.

VOEGTLIN, W.L., LEMERE, F., BROZ, W.R., and O'HOLLAREN, P.: "Conditional reflex therapy of chronic alcoholism. IV. A preliminary report on the value of reinforcement". Quarterly Journal Studies on Alcohol, 1941, 2:505-511.

VOEGTLIN, W.L., LEMERE, F., BROZ, W.R., and O'HOLLAREN, P.: "Conditioned Reflex Therapy of Alcoholic Addiction". American Journal Med. Sci., 1942, 203, pp. 525-528.

VOEGTLIN, W.L., and LEMERE, F.: "The treatment of alcohol addiction: A review of the literature". Quart. J. Stud. Alc., 1942, 2:717-803.

VOEGTLIN, W.L.: "Conditioned reflex therapy of chronic alcoholism: Ten years' experience with the method". Rocky Mount. Med. J., 1947, 44:807-812.

VOEGTLIN, W.L., and BROZ, W.: "The conditioned reflex treatment of chronic alcoholism". Annals of Internal Medicine, 1949, 30, 580-597.

VOGEL-SPROTT, M.: "Self-Evaluation of performance and the ability to discriminate blood alcohol concentrations". J. Stud. Alcohol, 1975, 36, 1.

VOGLER, R.E., LUNDE, S.E., JOHNSON, G.R., and MARTIN, P.L.: "Electrical Aversion Conditioning With Chronic Alcoholics". Journal Consulting and Clinical Psychology, 1970, Vol. 34, No 3, 302-307.

VOGLER, R.E., LUNDE, S.E., and MARTIN, P.L.: "Electrical aversion conditioning with chronic alcoholics: Follow-up and suggestions for research". J. Consult. Clin. Psychol., 1971, 36:450.

VOGLER, R.E., COMPTON, J.V., and WEISSBACH, T.A.: "Integrated Behavior Change Techniques for Alcoholics". J. of Consult. Clin. Psychol, 1975, Vol. 43, No 5, 233-243.

VOGLER, R.E., FERSTL, R., KRAEMER, S., and BRENGELMANN, J.C.: "Electrical aversion conditioning of alcoholics; one year follow-up". J. Behav. Ther. Elmsford, N.Y., 1975, 6:171-173.

VOGLER, R.E., WEISSBACH, T.A., COMPTON, J.V., and MARTIN, G.T.: "Integrated Behavior Change Techniques for Problem Drinkers in the Community". Journal of Consulting and Psychology, 1977, Vol. 45, No 2, 267-279.

VOGLER, R.E., WEISSBACH, T.A., and COMPTON, J.V.: "Learning Techniques for Alcohol abuse". Behav. Res. & Therapy, 1977, Vol. 15, pp. 31-38.

WALLERSTEIN, R.: "Hospital treatment of alcoholics: A comparative, experimental study". New York: Basic Books, 1957.

WILLIAMS, R.J.: "The etiology of alcoholism: a working hypothesis involving the interplay of hereditary and environmental factors". Quart. J. Stud. Alc., 1947, 7:567-587.

WILSON, G.T., and DAVISON, G.C.: "Aversion techniques in behavior therapy: some theoretical and metatheoretical considerations". J. Consult. Clin. Psychol., 1969, 33:327-329.

WILSON, G.: "Aversive control of drinking by chronic alcoholics". In a controlled laboratory setting. Advancement of Behavior Therapy, 1973.

WILSON, G.T., and ROSEN, R.C.: "Training controlled drinking in an alcoholic through a multifaceted behavioral treatment program: A case study. In Counseling Methods, (J.D. Krumboltz and C.E. Thoreson, eds.), Holt, Rinehart & Winston, New York, 1971.

WILSON, G.T., LEAF, R., and NATHAN, P.E.: "The aversive control of excessive drinking by chronic alcoholics in the laboratory setting". J. Appl. Behav. Anal., 1975, 8:13-26.

WILSON, G.T., and TRACEY, D.A.: "An experimental analysis of aversive imagery versus electrical aversive conditioning in the treatment of chronic alcoholics". Behav. Research and Therapy, 1976, 14, 41-51.

WILSON, G.T.: "Alcoholism and aversion therapy: issues, ethics and evidence" In Behavioral Assessment and Treatment of Alcoholism. (G.A. Marlatt and P.E. Nathan, eds) Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey, 1977.

WILSON, G.T.: "Booze, beliefs, and behavior: cognitive processes in alcohol use and abuse". In Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment. (P.E. Nathan and G.A. Marlatt, eds.), Plenum Press, New York, 1978.

WILSON, T., ABRAMS, D., and LIPSCOMB.: "Effects of Intoxication Levels and Drinking Pattern on Social Anxiety in Men". J. St. on Alcohol, 1981, 41(3), 250-264.

WILLIAMS, R.J., and BROWN, R.A.: "Differences in baseline drinking behavior between New Zealand alcoholics and normal drinkers". Behav. Res. Ther., 1974, 12:287-294.

WILLIAMS, R.J., and BROWN, R.A.: "Naming mixed drinks; alcoholics vs social drinkers". Psychol. Rep., 1974, 35:33-34.

WISOCKI, P.A.: "The empirical evidence of covert sensitization in the treatment of alcoholism: an evaluation". Pp. 105-113. In Rubin, R.D., Fensterheim, H., Benderson, J.D., and Ullmann, L.P., eds. Advances in behavioral therapy. New York; Academic Press, 1972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.: Expert Committee on Mental Health, Alcoholism Subcommittee, Second Report. Technical Report Series Number 48. Geneva, 1952.

477

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Disease, 1965 revision. Geneva, 1967.

W.H.O. and a New Perspective on Alcoholism". The Lancet, 1087-1088, May 21, 1977.

ZEICHNER, A., and PHIL, R.O.: "Effects of Alcohol and Behavior Contingencies on Human Aggression". Journal of Abnormal Psychology, 1979, Vol.88, N92, 153-160.

ZVONIKOV, M.: "A modification of the technique of conducting conditioned reflex apomorphine and suggestive therapy of alcoholism". In Miller P.M.: Behavioral treatment of alcohol, Pergamon Press, 1976.